**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**Educação para o parto: uma contribuição para o alcance da
maternidade segura**

Patricia de la Cruz Góngora Rodríguez

Ribeirão Preto

2007

PATRICIA DE LA CRUZ GONGORA RODRIGUEZ

**Educação para o parto: uma contribuição para o alcance da
maternidade segura**

**Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Inserida na linha de pesquisa: Assistência à Saúde da
Mulher no ciclo de vida.**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Jose Clapis

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Góngora Rodríguez, Patricia de la Cruz

Educação para o parto: uma contribuição para o alcance da maternidade segura.

116p.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Clapis, Maria Jose.

1. Educação em saúde. 2. Gravidez. 3. Trabalho de parto
4. Maternidade. 5. Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Patricia de la Cruz Góngora Rodríguez

Educação para o parto: uma contribuição para o alcance da maternidade segura.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Inserida na linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no ciclo de vida.

Aprovado em: ____/____/ 2007

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Jose Clapis - Orientadora

Instituição: EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes

Instituição: EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede

Instituição: EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Instituição: UNESP-Botucatú

Assinatura: _____

Profa. Dra. Marcia Regina Cangeani Fabbro

Instituição: UFSCAR

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, pela minha vida e pelo desejo de viver.

Aos meus pais, Ramón e Candelaria, pelo amor que têm depositado em mim.

Aos meus irmãos, Martin, Miguel, Ramón e Ilse, por seus apoios incondicionais em todos os momentos.

Aos meus sobrinhos, Kevin, Lisset, Yoana, Alondra e Miguel. Vocês são a alegria da minha família.

Ao Carlos, pelo apoio, paciência, incentivo, companheirismo e pelo profundo significado que sua presença tem em minha vida.

AMO VOCÊS

AGRADECIMENTOS

Às autoridades da Universidade Autónoma de Campeche por terem proporcionado as facilidades que precisei durante o curso que realizasse os estudos. Obrigada ainda pelo apoio institucional e pessoal.

Às autoridades do Programa de Aperfeiçoamento de Professores (PROMEP), Organização Pública do México, pelo apoio financeiro.

Às autoridades da Faculdade de Enfermagem e Obstetricia de Celaya, Universidade de Guanajuato, México, pelas atenções recebidas durante o decorrer deste Programa.

À Dra. María Elena Espino Villafuerte, pela oportunidade e confiança para a realização desta etapa em minha vida profissional.

À Dra. Maria Cecilia Puntel de Almeida, pelo apoio recebido em todos os momentos.

À Profa. Dra. Maria José Clapis, por sua orientação, pelo tempo dedicado à realização deste trabalho e pela contribuição para minha formação profissional. Agradeço também pela compreensão, carinho e pelo apoio para tornar minha trajetória mais agradável.

Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil, pelo acolhimento, apoio e disponibilidade que sempre tiveram durante minha permanência nesta instituição.

Às autoridades do Instituto Mexicano de Seguro Social, por ter permitido a realização deste estudo em suas dependências.

Às pessoas da minha equipe de trabalho no Hospital, Luz María Martínez Hernández, Narda Ivonne Dzul Estrella e Carlos Román Pech Chí. Sem vocês, não teria sido possível.

Às minhas amigas Lety, Alejandra, Lupita e Gloria, por todos os bons e maus momentos que passamos juntas. Obrigada pelo apoio e companhia.

Às minhas amigas e amigos do México. Sei que sempre tive seus apoios e palavras de motivação quando precisei.

Especialmente a todas as mulheres que participaram deste estudo, sem as quais, não teria conseguido.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA

EPÍGRAFE

“La posición de la mujer en cualquier civilización es el índice de adelanto de la misma. La posición de la mujer puede medirse por el cuidado que se le presta al nacimiento del hijo. Por consiguiente, los avances y los retrocesos de la civilización no se ven en ninguna otra parte tan claramente como en la historia del parto”.

Howard Haggard

"Este trabalho apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, é decorrente do convênio firmado com a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, da Universidade de Guanajuato, México."

"Este trabajo presentado a la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil, es resultado del convenio firmado con la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya de la Universidad de Guanajuato, México".

"Study presented at the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Brazil was through academic agreement with the University of Guanajuato at Celaya College of Nursing and Midwifery, Mexico".

RESUMO

GONGORA, R. P. **Educação para o parto: uma contribuição para o alcance da maternidade segura.** 2007. 116 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

A educação para o parto faz parte da promoção à saúde; engloba a gestante e seu companheiro ao longo de todo o processo de gestação de forma que estabeleçam um vínculo afetivo com seu filho. Essa educação é entendida como um momento privilegiado para a gestante, sua família e também como estratégia política de educação para a saúde. Este estudo teve como objetivo geral compreender a importância e o significado para as mulheres de participar de um programa de educação para o parto. Com uma abordagem qualitativa, se trabalhou com 9 mulheres e foi realizado no Hospital Rural No.7 “Oportunidades”, pertencente ao Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) na Cidade de Hecelchakán, Campeche, México. A investigação realizou-se em dois momentos: implementação de um programa de educação para o parto e em uma entrevista semi-estruturada realizada durante o puerpério. Optou-se pela análise temática, segundo as etapas sugeridas por Minayo (2004), foram identificados três temas principais: preparação para o parto, vivências no hospital e influências para o preparo da mulher. Os resultados demonstraram os benefícios que a educação para o parto trouxe para as mulheres, proporcionando-lhes segurança para a utilização de recursos no controle da dor e ansiedade, desde o início do trabalho de parto, durante sua evolução e na sala de parto e centro cirúrgico; ainda que à internação hospitalar enfrentaram dificuldades para aplicarem o que aprenderam. Indicam a necessidade de companhia e ajuda para apoiar a aplicação do aprendizado, bem como mudanças nas rotinas hospitalares e nas atitudes da equipe de saúde. Um fator que influenciou na decisão assistir ao programa de educação foi a experiência do parto anterior, superando a opinião da família. Assim, entendemos que a educação para o parto surge como uma alternativa viável para ser implementada na assistência hospitalar, uma vez que não implica em ônus financeiro e requer apenas a disponibilidade da equipe de saúde; não interfere na evolução da gestação e prepara a mulher para enfrentar o parto. A educação para o parto pode contribuir para o alcance da maternidade segura; para isso, é fundamental que a mulher seja conscientizada do importante papel que lhe cabe durante todo esse processo.

Palavras-chave: Educação em saúde, gravidez, trabalho de parto, maternidade, enfermagem

ABSTRACT

GONGORA, R. P. **Education for giving birth: a contribution to the achievement of safe motherhood.** 2007. 116 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2007.

Education for giving birth is a part of health promotion; it includes the pregnant woman and her partner during the entire pregnancy process, with a view to affective bonding with their child. This education is considered a privileged moment for the pregnant woman, her family and also as a political strategy for health education. This study aimed to understand the importance and meaning women attribute to participating in an education program for giving birth. A qualitative approach was adopted, nine women participated and the research was carried out at the Rural Hospital No. 7 “Oportunidades”, which is part of the Mexican Social Security Institute (IMSS) and located in Hecelchakán, Campeche, Mexico. The research took place at two moments: implementation of an education program for giving birth and a semistructured interview held during the puerperal period. Thematic analysis was chosen, according to the steps suggested by Minayo (2004). Three main themes were identified: preparation for giving birth, experiences at the hospital and influences for the woman’s preparation. The results demonstrated how education for giving birth benefitted these women, offering them security to use pain and anxiety control resources at the start of delivery, during its evolution and in the delivery and surgical room; although they faced difficulties during hospitalization to apply what they had learned. They appoint the importance of having company and help to support them in the application of what they learned, as well as changes in hospital routines and in the health team’s attitudes. One factor that influenced the decision to participate in the education program was an earlier birth experience, more important than the family’s opinion. Thus, we conclude that education for giving birth emerges as a potential alternative for implementation in hospital care, as it does not represent financial investments, but the mere availability of health staff; it does not interfere in the evolution of pregnancy and prepares the woman to cope with the delivery. Education for giving birth can contribute to the achievement of safe motherhood. Therefore, it is fundamental for women to become aware of the important role they play during this entire process.

Key words: Health education, pregnancy, labor, maternity, nursing.

RESUMEN

GONGORA, R. P. **Educación para el parto: una contribución para el alcance de la maternidad sin riesgo.** 2007. 116 p. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

La educación para el parto es parte de la promoción a la salud; engloba a la embarazada y a su pareja a lo largo de todo el proceso de gestación, de forma que se establezca un vínculo afectivo con su hijo. Esta educación es entendida como un momento privilegiado para la embarazada, su familia y también como estrategia política de educación para la salud. Este estudio tuvo como objetivo general comprender la importancia y el significado para las mujeres de participar de un programa de educación para el parto. Con un abordaje cualitativo, se trabajó con 9 mujeres y fue realizado en el Hospital Rural No.7 "Oportunidades", perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la Ciudad de Hecelchakán, Campeche, México. La investigación se realizó en dos momentos: implementación de un programa de educación para el parto y en una entrevista semi-estructurada realizada durante el puerperio. Se optó por el análisis temático, según las etapas sugeridas por Minayo (2004), se identificaron tres temas principales: preparación para el parto, vivencias en el hospital e influencias para la preparación de la mujer. Los resultados demostraron los beneficios que la educación para el parto trajo para las mujeres, proporcionándoles seguridad para la utilización de los recursos para el control del dolor y la ansiedad, desde el inicio del trabajo de parto, durante su evolución y en la sala de parto y quirófano; aun que durante la hospitalización enfrentaron dificultades para aplicar lo que aprendieron. Señalan la importancia de la compañía y ayuda para apoyarlas en la aplicación de lo aprendido, así como mudanzas en las rutinas de los hospitales y en las actitudes del equipo de salud. Un factor que influyó en la decisión de asistir al programa de educación, fue la experiencia del parto anterior, superando la opinión de la familia. Así concluimos que la educación para el parto surge como una alternativa viable para ser implementada en la atención hospitalaria, ya que no representa inversión financiera, solo la disponibilidad del personal de salud; no interfiere en la evolución del embarazo y prepara a la mujer para enfrentar el parto. La educación para el parto puede contribuir para el alcance de la maternidad sin riesgo, pero para eso es fundamental, que la mujer tome conciencia del importante papel que desempeña durante todo este proceso.

Palabras clave: Educación en salud, embarazo, trabajo de parto, maternidad, enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização do Estado de Campeche, México..... 35

Figura 2 – Localização do Municipio de Hecelchakán, Campeche, México..... 37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sócio econômica dos grupos controle e de estudo. México, 2007.....	51
Tabela 2- Caracterização obstétrica dos grupos controle e de estudo. México, 2007.....	52
Tabela 3- Tipo de parto e motivo de cesárea do grupo de estudo. México, 2007.....	52
Tabela 4- Comparação da ansiedade-traço e ansiedade-estado durante a gravidez dos grupos controle e de estudo. México, 2007.....	55

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CIMAC	Comunicação e Informação da Mulher.
CIPD	Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento
IMSS	Instituto Mexicano de Seguro Social
INDESALUD	Instituto Descentralizado de Saúde Pública
INEGI	Instituto Nacional de Estatística Geográfica e Informática
ISSSTE	Instituto de Seguridade Social ao Serviço dos Trabalhadores do Estado
MAIS	Modelo de Atenção Integral à Saúde
NAVAL	Secretaria da Marinha e Armada do México
NOM-007-SSA2-1993	Norma Oficial Mexicana: Atenção à mulher durante a gestação, parto e puerperio e do recém-nascido. Critérios e procedimentos para a prestação de serviço
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEMEX	Petróleos Mexicanos
RELACAHUPAN	Rede Latino Americana e do Caribe para a Humanização do parto e nascimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Delimitando o objeto de pesquisa.....	2
1.2 Objetivos.....	13
2. MARCO REFERENCIAL.....	14
2.1 Maternidade segura: uma contribuição da educação em saúde.....	15
2.2 Educação para a saúde.....	22
2.3 Educação para o parto.....	24
3. CAMINHO METODOLÓGICO.....	31
3.1 Tipo de estudo.....	32
3.2 Local do estudo.....	32
3.2.1 Panorama epidemiológico da saúde materna no México.....	33
3.2.2 Características do Estado de Campeche.....	35
3.2.3 O Hospital IMSS – Oportunidades.....	37
3.3 Participantes do estudo.....	39
3.4 Considerações éticas.....	40
3.5 Coleta de dados.....	40
3.5.1 Procedimento.....	43
3.6 Análise dos dados.....	46

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4.1 Caracterização sócio econômica.....	50
4.2 Caracterização obstétrica.....	51
4.3 Ansiedade durante a gravidez.....	53
4.4 As mulheres participantes do programa de educação.....	55
4.5 As vivências das mulheres.....	59
4.5.1 Preparação para o parto.....	60
4.5.2 Vivências no hospital.....	69
4.5.3 Influências para o preparo da mulher.....	81
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
6. REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES.....	97
ANEXOS.....	113

1 Introdução

1.1. DELIMITANDO O OBJETO DE PESQUISA

A inquietação por estudar esta temática surgiu a partir de minha experiência como aluna de licenciatura em enfermagem no estágio de serviço social¹, o qual realizei no Hospital Rural nº 7, na Cidade de Hecelchakán, Campeche. Considerando minha permanência em um setor de maternidade, pude observar que as mulheres, mesmo quando já haviam tido vários filhos, sempre necessitavam serem informadas e orientadas sobre os cuidados que deveriam ter com o recém-nascido, desde o banho, amamentação, identificação de fatores de risco e sinais e sintomas de alterações.

Esse interesse foi crescendo, quando ao ingressar, em 1997, como docente na Escola Superior de Enfermagem da Universidade Autônoma de Campeche, fui designada para as disciplinas de Promoção à Saúde II e III, nas quais se encontravam envolvidas as temáticas relacionadas à saúde reprodutiva, gravidez, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Neste momento, orientava e supervisionava o estágio dos alunos, nas áreas de materno infantil, controle pré-natal, gineco-obstetrícia e toco-cirurgia.

Estando em contato direto, tanto com o pessoal de saúde como com as gestantes, percebi, durante a supervisão nos estágios, suas necessidades em saber o que lhes acontecia, uma vez que, em alguns momentos, não entendiam o que lhes era informado e tinham medo de perguntar aos profissionais de saúde.

Toda essa trajetória incentivou-me a ingressar no curso de especialização de Educador em Psicoprofilaxia Perinatal, com a finalidade de implementar um programa que possibilitasse embasamento à educação e preparo da gestante para o trabalho de parto. Isto resultou em um projeto da escola de enfermagem para a comunidade

No entanto, esse projeto não concretizou-se, pois ao término do curso em 1998, ingressei como enfermeira assistencial no Hospital Geral da Zona nº 1, do Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS).

¹ O estágio de serviço social é obrigatório em todas as carreiras universitárias; pode variar de seis meses a um ano. Para enfermeira é um ano e se realiza quando são concluídas todas as disciplinas que compreendem o plano de estudos.

Nesse hospital, fui direcionada para a área de toco-cirurgia. Nesse setor, era comum ouvir o pessoal de saúde dizer à mulher “*relaxe, fique tranquila, respire pausadamente*” sem considerar o que significa, para essa mulher, este momento, suas implicações no que se refere à ansiedade, temor ou dor, principalmente, quando a paciente não segue, regularmente, o controle pré-natal ou não tem uma preparação, desconhecendo totalmente as mudanças fisiológicas que se apresentam durante o trabalho de parto, com o objetivo do nascimento de seu filho.

Como pedir a esta mulher, nesta situação, que colabore com a equipe de saúde, se ela não sabe com fazê-lo?

Essa questão não é recente, pois desde o início do século XX surgem na Europa os cursos de preparação para o parto; segundo relata Couto (2006), Dick Read, obstetra inglês, percebeu que, no hospital, as mulheres sentiam-se tensas, com medo, sozinhas e, desta forma, o parto revestia-se de grande dificuldade, sendo necessário intervir, não somente sobre seu estado físico (por meio de técnicas cada vez mais seguras), mas também sobre seu estado psicológico. Esse autor, a partir dessa observação, começou a preocupar-se com a necessidade de superar esses temores (desde o medo da dor até aos riscos inerentes ao parto, provocados pelo ambiente hospitalar), informando às mulheres gestantes sobre o que ia ocorrer, ensinando-as a colaborar, de forma ativa, no nascimento de seu filho, diminuindo, assim, a dor.

Segundo Maldonado (1997), a evolução tecnológica da obstetrícia tem favorecido uma assistência pré e perinatal cada vez mais sofisticadas, minimizando os riscos maternos e fetais. Tal sofisticação trouxe consigo uma divisão entre os aspectos somáticos e emocionais na assistência clínica, cuja a rotina, durante a gestação, o parto e o puerpério imediato, com frequência, não satisfaz às necessidades emocionais da mulher, da família e do bebê.

As transformações ocorridas ao longo da história, no que tange ao parto, com sua institucionalização e conseqüente medicalização e tecnificação, nem sempre foram acompanhadas de humanismo. Retirou-se a mulher de seu âmbito familiar e assumiu-se o domínio do processo de parto, passando a ser dirigido pelo poder e intervenção médica, deixando, assim, de ser o parto um processo fisiológico. A

mulher perdeu o seu papel de protagonista da assistência, resumindo-se somente a um objeto desse. Todo esse quadro aumenta a incerteza, a insegurança e o medo acerca do processo de nascimento.

O parto, segundo Maldonado, Nahoum e Dickstein (1981), é considerado um símbolo de vida, no qual há surpresas e riscos, não sendo possível prever, com absoluta certeza, como se desenvolverá o processo, quantas horas irá durar o processo de dilatação, como será o período expulsivo, se haverá alguma complicação e também se será tranquilo ou doloroso e difícil. Todos esses fatores contribuem para que a gestante sinta-se insegura com a proximidade da data prevista, dada a impossibilidade de saber como e quando se desencadeará e se terá a possibilidade de controlar o processo. Dessa forma, a proximidade do parto se lhe apresenta de forma abrupta, com mudanças rápidas e intensas que afetam sua fisiologia e a rotina familiar, em contraste com a gestação, cuja evolução é lenta e gradual, o que permite a adaptação da mulher.

Acresce-se que, durante o processo reprodutivo, a mulher passa por vários momentos geradores de ansiedade. Durante a gestação, há a incorporação do feto como parte de seu corpo, ao mesmo tempo em que precisa acostumar-se a um ritmo metabólico, hormonal e fisiológico diferente. São vários momentos que incluem o início do trabalho de parto, as contrações cujas sensações lhes eram desconhecidas, a admissão no hospital onde será submetida ao toque vaginal, às demais rotinas da clínica (separação da família, tricotomia, infusão de soluções) e, por fim, o parto e o retorno à sua condição pré-gravídica (MALDONADO; NAHOUM; DICKSTEIN, 1981).

A duração do trabalho de parto é variável. Para uma primigesta pode variar de 16 a 20 horas, desde o início da atividade uterina até o nascimento de seu filho; neste tempo, ela deve permanecer hospitalizada (CARRERA, 2000) e é submetida a situações que geram crises, como o toque vaginal e a tricotomia (SOIFER, 1986).

Outros fatores desfavoráveis são a falta de conhecimento e de preparo adequado para o parto, a linguagem imprópria e, às vezes, desrespeitosa e desumana dos profissionais de saúde, a pequena autonomia, a escassa participação da parturiente e de sua família e o panorama de sofrimento que o contexto sócio-cultural favorece (BESSA, 2004).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, particularmente a enfermeira, têm um papel muito importante no processo educacional da gestante. Ao desempenhar esse papel, com postura crítica, reflexiva e científica, respeitando as crenças e valores culturais pertinentes ao parto, poderão contribuir para uma assistência obstétrica qualificada, holística e humana (BESSA, 2004).

As ações de saúde podem ser potencializadas com orientações adequadas sobre os cuidados pré-natais, sobre os sinais de alarme que requerem atenção de urgência, durante a evolução de trabalho de parto e incrementando a participação do casal no cuidado à saúde.

Estes elementos podem ser alcançados se, além de controle pré-natal, a mulher participa de um programa de preparação para o parto. Este tipo de programa busca controlar a ansiedade materna, favorecer o parto vaginal e determinar menor tempo de internação dos recém-nascidos (CONSONNI, 2002).

Algumas iniciativas têm surgido no que diz respeito à atenção humanizada do parto, buscando melhorar a qualidade de assistência durante a maternidade. Segundo Castro (2005), o parto humanizado é aquele no qual a mulher é a protagonista do processo, havendo respeito à sua vontade e ao ser humano que está nascendo.

O conceito de humanização de assistência ao parto compreende um conjunto de atividades que favorecem a comunicação, a relação interpessoal, o apoio emocional, o conhecimento da gestante e família, o respeito ao trabalho de parto, os direitos da pessoa como ser humano e de suas responsabilidades frente ao processo de nascimento (BESSA, 2004).

Em 2000, o Ministério da Saúde, no Brasil, implementou um programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, o qual tem como principal estratégia melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, além da assistência ao parto e ao puerpério das mulheres, e da assistência também aos recém-nascidos, em uma perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

Nesse mesmo ano, surgiu também a Red Latino Americana e do Caribe para a Humanização do Parto e Nascimento (RELACAHUPAN), como resultado dos trabalhos realizados durante a Conferência Internacional sobre a Humanização de Parto e Nascimento, na cidade de Fortaleza, Brasil, na qual estiveram representantes dos Estados Unidos, Espanha e de doze países da América Latina.

Nesse evento, considerou-se a urgente necessidade de fortalecer as iniciativas locais para melhorar os serviços e os programas de saúde no que se refere ao ciclo materno, partindo de um dos objetivos que é promover a Humanização e resgatar o que é normal durante o ciclo reprodutivo e neonatal (RELACAHUPAN, 2000).

No Uruguai em 2001, o parlamento aprovou a lei “Acompanhamento da mulher durante seu trabalho de parto e parto”, a qual reconhece, como um direito, o fato de estar acompanhada de uma pessoa de sua confiança ou, na sua falta desta, que possa eleger livremente uma pessoa especialmente treinada para dar-lhe apoio emocional durante o tempo de trabalho de parto, incluindo o nascimento (URUGUAY, 2001).

No México, com a finalidade de melhorar os serviços à população materno-infantil, em algumas instituições (principalmente privadas) tem se desenvolvido o parto psico-profilático, como uma alternativa de educação para o parto. No entanto, não tem havido aplicabilidade generalizada e, tão pouco, caráter uniforme. É aceito e realizado apenas quando a mulher o solicita (MEXICO, 1995).

Os cursos de preparação devem promover a integração de toda a família e preparar o casal com informação adequada sobre a fecundação e evolução da gestação, de forma que cheguem ao parto em ótimas condições biopsicosociais, capacitados para a criação de seus filhos (PEREZ, 1996).

Alguns estudos têm sido realizados com a finalidade de avaliar a eficácia de intervenções educativas para gestantes. Dessa forma, Soto et al. (2006), realizaram um estudo semi-experimental, de uma série de casos, entre os anos 2001 a 2004. Participaram deste estudo 40 gestantes nulíparas, de baixo risco, que formaram o grupo de estudo, além de outro grupo de referência, com 55 nulíparas que tiveram seus partos em janeiro de 2000. Esses autores promoveram uma intervenção educativa, a partir da vigéssima semana de gestação, na qual foram desenvolvidas habilidades, junto ao companheiro e/ou à doula, para enfrentar o trabalho de parto de forma natural e protagônica. Além disso, estabeleceram protocolos para a atenção ao trabalho de parto e parto, nos quais se destacou o uso restritivo da episiotomia. As variáveis dependentes foram cesárea, enema, início do parto, ocitocina, ruptura artificial das membranas ovulares, monitorização eletrônica fetal,

posição da mãe no período expulsivo, episiotomia, tempo de apego do recém-nascido. A variável independente foi o programa educativo.

Entre os resultados obtidos nesse estudo, encontrou-se uma taxa de 7,5% de cesáreas, 64,9% de episiotomias, 27% das gestantes tiveram a opção de usar posição livre e as mulheres às quais foi possibilitado um apoio contínuo durante o parto, tiveram resultados significativos em termos de redução da taxa de cesárea, parto fórceps, menor uso de analgesia, episiotomia, de ocitocina e maior tempo de apego. Os autores concluem que a educação na gestação, concomitante ao uso de protocolos de atenção ao trabalho de parto e parto, reduziu as intervenções de rotina usadas nesse processo, obtendo-se 20% de parto natural², 72,5% de parto normal³ e, 7,5%, de cesáreas, no grupo submetido à intervenção.

Com o objetivo de determinar a relação entre o preparo para o parto, as preocupações sobre ele e a ansiedade nas gestantes, Delabra e López (2006), realizaram um estudo descritivo e correlacional, utilizando uma amostra de 174 primigestas, de 17 a 33 anos, aplicando um questionário de dados sociodemográficos e obstétricos, o Questionário de Auto-avaliação pré-natal de Lederman e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. O estudo identificou a presença de ansiedade no terceiro trimestre de gestação e a relação desta variável com a preparação e preocupações sobre o parto.

A preparação para o parto relacionou-se com a ansiedade-estado e ansiedade-traço ($r = -0,242$ $p < 0,001$; $r = -0,220$ $p = 0,003$) demonstrando que, quanto maior for o preparo, menor será a ansiedade. Por outro lado, com o aumento das preocupações sobre o parto maior, será a ansiedade-estado e ansiedade-traço ($r = 0,575$ $p < 0,000$; $r = 0,410$ $p = 0,000$); se houver maior preparação para o parto, menores serão as preocupações sobre o mesmo ($r = -0,156$ $p = 0,040$). Concluindo, demonstraram a presença de ansiedade nas primigestas e identificaram que a pouca preparação da mulher aumentam suas preocupações e sua ansiedade durante a gestação.

² O parto natural é aquele em que prevalece a fisiologia, sendo aplicados procedimentos obstétricos só em casos necessários.

³ O parto normal é aquele que a tecnologia substitui a fisiologia do parto, como uso de ocitocina, episiotomia, enema, entre outros.

O objetivo de uma revisão sistemática, realizada por Lauzon e Hodnett (2006), foi avaliar os efeitos de ensinar às mulheres grávidas os critérios específicos para o auto-diagnóstico do início do trabalho de parto ativo, na gestação a termo. Foram realizadas buscas nos registros de trabalhos do Grupo Cochrane de Gravidez e Parto; e selecionados estudos aleatórios que compararam uma intervenção estruturada de educação pré-natal para a identificação de sintomas para o auto-diagnóstico do trabalho de parto ativo, com orientação de rotina. Incluiu-se um estudo com 245 mulheres, no qual o método de escolha aleatória foi incerto e com perda de 15% da amostra durante o seguimento. Os autores encontraram associação entre um programa específico de educação pré-natal e a redução no número médio de visitas à maternidade, antes do início do trabalho de parto (diferenças de médias ponderadas -0,29; intervalo de confiança de 95%).

Para avaliar o efeito das técnicas de respiração e relaxamento sobre a dor e a ansiedade durante o parto, desenvolveu-se um estudo de campo experimental, no qual dezessete primigestas (grupo controle - GC) receberam assistência de rotina e dezenove (grupo experimental – GE) foram orientadas e motivadas a realizarem técnicas de respiração e relaxamento.

Foram utilizados três protocolos para a coleta de dados: registro de dados de admissão, no qual se avaliou a intensidade da dor por meio da escala analógica visual, aplicada no início das fases latente, ativa e de transição, no momento em que se apresentava dor decorrente da contração uterina; a ansiedade pelos inventários de ansiedade-traço (aplicado na fase latente do trabalho de parto) e ansiedade-estado (aplicado nas fases ativas, de transição e no pós-parto imediato). As técnicas de respiração e de relaxamento utilizadas foram adaptadas dos métodos psicoprofiláticos de Dick Read⁴ e Fernand Lamaze⁵ e foram aplicadas a partir da admissão da parturiente até o momento do parto.

Assim, a técnica de respiração foi utilizada durante as contrações e, a de relaxamento, nos intervalos das mesmas. O resultado obtido foi que a intensidade da dor aumentou com a evolução do trabalho de parto para ambos os grupos. O nível de ansiedade, na fase latente, foi baixo também para os dois grupos; na fase ativa foi médio para o grupo controle e baixo para o grupo experimental. Na fase de

⁴ O método de Read foi publicado pela primeira vez em 1933 na Grã-Bretanha.

⁵ O Dr. Lamaze introduziu o parto psicoprofilático na França, em 1951.

transição foi médio e, no pós-parto imediato, foi baixo para ambos os grupos. A conclusão foi de que as técnicas utilizadas não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram, no grupo experimental, a manutenção de um baixo nível de ansiedade, por maior tempo, durante o trabalho de parto (ALMEIDA et al., 2005a).

Em outro estudo, Almeida et al. (2005b), correlacionaram os níveis séricos do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), a ansiedade e a dor no parto. Participaram dezessete primigestas (grupo controle - GC) que receberam atenção de enfermagem de rotina e, dezenove (grupo experimental - GE), que receberam assistência individualizada e orientação quanto às fases do trabalho de parto e parto, as possíveis alterações fisiológicas e psico-emocionais, estimulando a utilização de técnicas de respiração e relaxamento durante as diferentes fases do trabalho de parto e também nos intervalos das contrações uterinas.

Os instrumentos para a obtenção dos dados para esse estudo foram o Inventário de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado (adaptado para a auto-avaliação do grau, intensidade e nível de ansiedade e aplicado na admissão da paciente e, posteriormente, durante as fases latente, ativa e de transição e, finalmente, no puerpério imediato). A Escala Analógica Visual foi outro instrumento utilizado (uma escala de 10 cm que permite a avaliação da intensidade da dor, por meio de uma pontuação de 0 a 10 aplicada nas fases latente, ativa e de transição) e as amostras sanguíneas para a dosagem das concentrações plasmáticas de ACTH (coletas nas fases latente, ativa e de transição e no pós-parto imediato). Foram obtidos níveis de ACTH baixos no início do trabalho de parto, com elevação ao final e regressão, no pós-parto imediato, sem diferença estatística significativa entre os grupos. A redução de ACTH com alívio parcial de estresse do grupo experimental sugere a interferência das técnicas de respiração e relaxamento. Os níveis de ACTH não apresentaram correlação com a ansiedade, nem com a dor, em ambos os grupos.

Com o objetivo de estudar os efeitos das técnicas fisioterapêuticas aplicadas no Programa Multidisciplinar de Preparação para o Parto e a Maternidade sobre os desconfortos músculo-esqueléticos na gestação, realizou-se um estudo de coorte prospectivo, com 71 gestantes nulíparas, de baixo risco, distribuídas conforme as suas participações: - estudo (n=38) e controle (n=33). O referido Programa constituiu-se de 10 sessões (da 18ª a 38ª semana), com atividades educativas, fisioterapêuticas e de interação (CONTI et al., 2003).

No referido estudo, as atividades educativas direcionaram-se para informações relacionadas à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido; as atividades de interação constituíram-se em um espaço de discussão sobre as experiências com a gravidez, as vivências emocionais envolvidas na situação de ter um filho e o impacto da gestação no contexto familiar. Na atividade fisioterapêutica foram realizados treinamento respiratório, exercícios de alongamento, fortalecimento muscular de intensidade leve e orientação postural.

Para a coleta de dados foi aplicado o Questionário de Desconforto Músculo-Esquelético Percebido em dois momentos: - entre a 18^a e a 22^a semanas (início) e na 38^a semana (final) da gestação. O resultado que se obteve foi que, no início do programa, 63,6% das gestantes do grupo controle e 84,2% do grupo de estudo manifestaram sintomas músculo-esqueléticos ($p=0,05$), caracterizados por dor em região lombo-sacra. No grupo controle, predominou a intensidade leve (18,2%) e grave (18,4%), e no grupo de estudo, grave (36,8%) e apenas associada (31,6%). Ao final, o grupo controle apresentou sintomas de intensidade grave (60,6%), com frequência diária (42,4%) e duração maior que três horas (69,7%) ($p<0,05$). O grupo de estudo referia intensidade leve (57,9%) e frequência quinzenal ou mais (50%), com duração máxima de uma hora (55,3%, $p<0,05$). A evolução dos sintomas foi diferenciada, confirmando-se piora em 63,6% das gestantes do grupo controle e melhora, em 65,8%, $p<0,05$ das participantes do programa (CONTI et al., 2003).

Os autores concluíram que as técnicas fisioterápicas do programa multidisciplinar de preparo para o parto e a maternidade se relacionaram à diminuição da intensidade, frequência e duração e à melhor evolução dos desconfortos músculo-esqueléticos na gravidez. Assim, considera-se que essas técnicas são benéficas para assegurar a qualidade de vida materna na gestação.

Finalmente, Consonni e Calderon (2002) estudaram o efeito de um Programa semelhante sobre a ansiedade materna e os resultados perinatais, por meio de um coorte prospectivo, com 67 primigestas distribuídas em dois grupos: grupo de estudo ($n=38$) e grupo controle ($n=29$). Esse programa constou de dez encontros, nos quais desenvolveram-se atividades educativas fisioterapêuticas e de interação. A ansiedade foi quantificada ao início e final da gestação por meio do Inventário de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado. Os resultados sinalizaram que tal programa controlou a ansiedade materna, favoreceu o parto vaginal e possibilitou menor

tempo de internação dos recém-nascidos. Acresce-se que o controle da ansiedade materna interferiu de modo favorável, na idade gestacional, o peso e os índices de Apgar ao nascimento; esses resultados reafirmam a validade de tais programas.

A educação para a saúde da mulher gestante é importante para prevenção e controle de complicações durante a gravidez, parto e puérperio; portanto, sugere-se a utilização de técnicas didáticas acessíveis para o grupo de gestantes às quais se dirige. A contribuição da enfermagem nessa esfera é educar a gestante e fortalecer nela a consciência do valor da saúde, promover o cuidado, implementar intervenções e avaliar os resultados (TEZOQUIPA et al., 2002).

No México, uma das linhas de ação do Programa Nacional de Saúde 2001-2006, propõe conscientizar sobre as necessidades especiais de saúde das mulheres e a necessidade de melhor qualidade de atenção por parte dos serviços.

Segundo Simkin (2002), os programas de preparação para o parto e os métodos não farmacológicos para o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto e parto, são atrativos porque buscam por caminhos simples e eficazes reduzir a ansiedade e a dor do parto, sem causar efeitos colaterais e implicar em altos custos econômicos. Outro ponto positivo, segundo esse autor, é que esses programas não requerem grandes investimentos para serem implementados como parte da educação pré-natal. Por não interferir no processo natural do trabalho de parto, proporcionam à mulher habilidades para colaborar com a equipe de saúde, melhorando também a qualidade da atenção.

Assim, considerando todo o exposto, surgiu o interesse em conhecer as vivências dessas mulheres, identificando, a partir de suas perspectivas, se a participação nestes tipos de programas pode modificar sua atitude, sendo, dessa forma, capaz de entender o processo fisiológico que ocorre, fazendo uso dos recursos que lhe são oferecidos.

Nosso pressuposto é que a preparação e a educação para o parto promovem o sentido de controle e participação ativa da mulher, mediante a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto e parto, entre eles, o relaxamento e a respiração, favorecendo o alcance da maternidade segura.

Conhecer e compreender o que sentem as mulheres e o que podem fazer nesse momento significativo de suas vidas, pode possibilitar novos horizontes para

direcionar o cuidado nas salas de parto e transformar a postura do pessoal de saúde com vistas a melhorar a qualidades da assistência.

Diante dessa situação, emergem as seguintes interrogações:

- *O que significa para a mulher participar de um programa de preparação para o parto?*
- *Qual é a vivência do trabalho de parto e parto da mulher que participou do programa?*
- *De que maneira o programa contribui para a participação ativa da mulher no processo de parto e nascimento?*

1.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Compreender a importância e o significado para as mulheres de participar de um programa de educação para o parto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer o que representou, para a mulher, preparar-se para o parto.
- Analisar a vivência do trabalho de parto e parto de mulheres que participaram de um programa de educação para o parto.
- Verificar se a utilização dos recursos propostos no programa de educação para o parto tem influência na ansiedade das gestantes.
- Identificar se a educação para o parto promove o maior envolvimento e participação da mulher com a equipe de saúde durante o trabalho de parto e parto.

2 Marco Referencial

2.1 MATERNIDADE SEGURA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A saúde sexual e reprodutiva é indispensável para o desenvolvimento nacional e o bem estar pessoal. Nesse sentido, a maternidade segura é um fator importante para melhorar a saúde e os direitos reprodutivos das mulheres. Em 1987 foi lançada a iniciativa global com a finalidade de melhorar a saúde e reduzir a mortalidade materna. Para tal os serviços necessitam estar acessíveis por meio de uma rede de provedores de serviços comunitários de saúde, clínicas e hospitais (FAMILY CARE INTERNATIONAL - FCI, 2003). Sua proposta inclui:

- Educação comunitária acerca da maternidade segura.
- Cuidado pré-natal e orientação, incluindo a promoção da nutrição materna.
- Assistência qualificada durante o parto.
- Atentar para complicações obstétricas incluindo situações de emergência.
- Cuidados pós-parto.
- Atuação nas complicações do aborto, cuidados pós-aborto e interrupções terapêuticas da gravidez, segundo as normas jurídicas.
- Assessoria, informação e serviços sobre planejamento familiar.
- Educação e serviços de saúde reprodutiva para adolescentes.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em setembro de 1994, aprovou um Programa de Ação que deve atingir suas metas em 20 anos, com base no compromisso em prol dos direitos humanos e igualdade de gênero, incentivando os países a zelarem pela saúde reprodutiva e pelos direitos de todos, de forma a contribuir para o desenvolvimento sustentável e luta contra a pobreza (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA, 2004).

Tal programa reconheceu a saúde reprodutiva como um direito humano de todos ao longo do ciclo vital e advertiu os países para esforçarem-se por obter um acesso universal aos serviços integrais de saúde reprodutiva, antes de 2015. Esse programa destacou ainda a importância dos direitos reprodutivos para a autonomia da mulher, assim como a qualidade de educação, a potencialização econômica e a participação política.

Os serviços de maternidade, de acordo com o conceito de escolha baseado na informação correta, deveriam incluir a educação para a maternidade segura, cuidados pré-natais coordenados e eficazes, programa de educação materna, atenção adequada aos partos evitando recorrer excessivamente aos partos cesáreos e oferecendo assistência obstétrica de emergência. Incluem, ainda, serviços especializados para os casos de complicação da gravidez, parto e aborto, além da atenção pós-natal e planejamento familiar (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 1995).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vai ao encontro dessas idéias ao publicar, em 1996, um documento intitulado “Assistência ao parto normal: um guia prático”, como referência para humanização na atenção à mulher nos serviços de saúde, enfocando a assistência ao parto sob a perspectiva da maternidade segura.

Esse documento identifica as práticas mais freqüentemente realizadas durante o parto e propõe estabelecer alguns critérios de boa prática para o parto e nascimento sem complicações. O objetivo desse documento é examinar a evidência a favor ou contra algumas práticas freqüentes e estabelecer recomendações que possam ser implementadas na atenção ao parto normal. Essas recomendações classificaram-se em quatro categorias:

- Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

- Um planejamento individual para o parto, que inclua o companheiro e a família, identificação de gravidez de alto risco durante o acompanhamento pré-natal, avaliação do bem-estar físico e apoio emocional da mulher durante o parto, nascimento e puerpério.

- Durante o trabalho de parto, oferecer alimentos líquidos, respeitar a privacidade da mulher, sua decisão sobre quem lhe acompanhar durante esse momento, informá-la, se ela assim desejar, sobre o que irá ocorrer, promover segurança e conforto, estimulá-la a escolher qual sua posição preferida.

- Uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como técnicas de massagens e de relaxamento.

- Monitorização fetal e ausculta intermitente.

- Uso de material reutilizável, descartável, esterelizado durante o parto e o nascimento, uso de luvas durante o toque vaginal, durante o nascimento da criança e durante a manipulação da placenta.

-Monitorização da evolução do parto, emprego profilático da ocitocina, durante a dequitação da placenta, em mulheres com risco de desenvolver hemorragia pós-parto.

-Utilizar material estéril para o corte do cordão umbilical, prevenção de hipotermia neonatal e contato “pele a pele” o mais rápido possível entre a mãe e o filho, apoio no início da lactação materna, na primeira hora pós-parto.

-Exame rotineiro do canal de parto e placenta.

- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

-Uso rotineiro de enemas, tricotomia, infusões intravenosas, explorações retais, posição supina ou de litotomia durante o parto, pelvimetria por raios-X, administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos, esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto, massagens e distensão do períneo durante o expulsivo, uso de ergometrina oral ou parenteral para prevenir ou controlar a hemorragia, lavagem uterina e exploração manual de rotina do útero após o parto.

- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão:

-Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água, estimulação nervosa, amniotomia precoce de rotina, pressão sobre o fundo uterino durante o parto, manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo da cabeça fetal no momento do nascimento, manipulação ativa do feto no momento do parto, clampeamento precoce do cordão umbilical, uso rotineiro de ocitocina e tração controlada do cordão umbilical ou sua combinação e estimulação dos mamilos para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

- Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado:

-Restrição na ingestão de líquidos e sólidos durante o parto, controle da dor por agentes sistêmicos como analgesia peridural, monitorização eletrônica fetal, uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto,

explorações vaginais repetidas e freqüentes por mais de um membro da equipe de saúde, correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina, transferência da mulher para outra sala quando atinge a dilatação máxima, cateterismo vesical, estimular a mulher a fazer força antes que ocorra a dilatação completa ou sinta a necessidade de fazer isso por si mesma, rigidez de critérios quanto à duração do expulsivo (1 hora), inclusive se as condições maternas e fetais são boas e o parto evolui bem, parto fórceps e cesáreas, uso rotineiro de episiotomia e a exploração manual do útero após o parto.

Considerando-se essas categorias, algumas das práticas que se relacionam com a educação para o parto e que são tidas como eficazes, devendo, portanto, serem promovidas, são a inclusão do companheiro e da família no planejamento do parto, seguimento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e pós-parto, respeito à sua escolha de acompanhante para o parto, acesso às informações, emprego de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor durante a dilatação, como a massagem e técnicas de relaxamento, além da liberdade de posição e movimento.

Os membros das Nações Unidas adotaram, em setembro de 2000, a Declaração do Milênio sobre desenvolvimento, a qual inclui a meta de reduzir a mortalidade materna em 75%, entre 1990 e 2015 (FCI, 2003).

Uma das sugestões desta declaração para proporcionar cuidados qualificados às mulheres consiste em elaborar políticas nacionais que assegurem o direito de toda mulher à atenção qualificada durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato.

Uma área na qual se tem observado êxito é a de atenção pré-natal. A demanda tem crescido, um maior número de mulheres tem procurado por atenção e este número vem aumentando na maioria dos países. Nesse sentido, os agentes sanitários podem potencializar a atenção pré-natal para ajudar as gestantes a prepararem-se para o parto e para o papel de mãe (OMS, 2005).

Uma característica importante para o contexto social da saúde reprodutiva é a ausência da participação dos homens, o que aumenta a possibilidade de fracasso nos esforços que vêm sendo realizados nessa área. Os homens são importantes no processo de tomada de decisões nos lares, influenciando na decisão no que diz respeito à educação em saúde reprodutiva, oferecida a sua mulher e a seus filhos.

Estimular outro enfoque na educação masculina, na perspectiva de equidade de gênero, é fundamental para assegurar melhores condições de saúde e prevenção da mortalidade materna (MEDICI, 2004).

Uma estratégia para abordar essa situação pode ser a educação para o parto, já que esta pode instruir e capacitar o casal para que a maternidade seja uma boa experiência, conferindo ao homem um papel importante, resgataando sua condição de pai e situando-o ao lado de sua companheira, isso o incorpora plenamente à maternidade (CARRERA, 2000).

Segundo Medici (2004), os principais desafios para melhorar a saúde materna nos países da América Latina e no Caribe são:

- Promover a educação reprodutiva para reduzir as taxas de gravidez na adolescência e conscientizar os homens sobre o papel que têm na prevenção dos problemas na saúde reprodutiva.
- Garantir uma maternidade segura por meio do cuidado obstétrico de emergência e atenção ao parto por pessoal especializado.
- Elaborar programas de comunicação social que permitam usar os meios de comunicação disponíveis no sistema educativo para que meninos e meninas conheçam seus direitos e papéis na saúde reprodutiva.
- Atualização de bases de dados quanto à indicadores diretamente associados à mortalidade materna e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, de forma a dispor de informações relevantes que favoreçam a tomada de decisões para a solução de problemas apresentados.
- A identificação das possibilidades financeiras para que seja atinja a meta de redução da mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe, aumentando o grau de compromisso financeiro dos governos, a partir de seus próprios recursos orçamentários ou de ajuda externa, com os programas direcionados a essa finalidade.

No México, em 1984, foi publicada a Lei Geral de Saúde que, em seu artigo 62, dispõe sobre o estabelecimento de comitês de prevenção de mortalidade materna e perinatal com a finalidade de conhecer, sistematizar e avaliar o problema, adotando, assim, as medidas condizentes. Em 1989, iniciou-se o estudo da

mortalidade materna e perinatal em todas as instituições do Sistema Nacional de Saúde (COMUNICACION E INFORMACION DE LA MUJER - CIMAC, 2003).

Dentre as ações necessárias a serem desenvolvidas para diminuir as mortes maternas no país, destacam-se: garantir o acesso das populações rurais e urbanas marginalizada aos serviços pré e perinatais; capacitar o pessoal que assiste as gestantes e atende aos partos, considerando que as causas de mortalidade materna estão diretamente relacionadas à acessibilidade, oportunidade das intervenções, aos custos implícitos e à qualidade dos serviços obstétricos e perinatais. A mortalidade materna é reconhecida como um problema multifatorial que permeia a inequidade social e de gênero, a corresponsabilidade não somente institucional, mas também familiar e comunitária face à morte materna. Há de se considerar ainda a falta de informação efetiva sobre os cuidados da mulher grávida e seu filho e a necessidade de fortalecer programas educativos para construir uma cultura de prevenção de morte materna a nível familiar e comunitário (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA - UNICEF, 2001).

Para atuar na redução da mortalidade materna são necessárias ações conjuntas entre instituições, com intervenções que focalizem as causas primárias, melhorando, assim, a qualidade dos serviços e a mobilização da sociedade civil para despertar a consciência e informação das famílias (UNICEF, 2001).

O Programa Nacional de Saúde 2001 – 2006, por meio do Programa de Ação: Arranque Parejo na Vida (MEXICO, 2001), teve o propósito de melhorar a saúde reprodutiva da população feminina, de crianças até os 24 meses de idade, objetivando oferecer informações e serviços de saúde de qualidade para garantir uma gestação saudável, um parto seguro e um puerpério sem complicações.

Esse programa estabeleceu um esquema operativo do qual fazem parte quatro componentes substanciais: uma gestação saudável, parto e puerpério seguros, recém-nascidos hígidos e crianças bem desenvolvidas. Compreende, também, quatro componentes estratégicos: participação comunitária e rede social ativa, desenvolvimento humano, monitoração, avaliação e fortalecimento da estrutura.

Ressalta-se que a Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (Atenção à mulher durante a gravidez, parto e puerpério e do recém-nascido, critérios e procedimentos para a prestação de serviços), estabeleceu que a maioria dos danos obstétricos e riscos para a saúde da mãe e da criança pode ser prevenida,

detectada e tratada com êxito, aplicando os procedimentos padronizados para a atenção, entre os quais se destacam a utilização do enfoque de risco, a realização de atividades preventivas e a eliminação ou revisão de algumas práticas rotineiras.

As ações propostas favorecem o desenvolvimento normal de cada um das etapas do processo gestacional e previnem complicações, melhoram ainda a sobrevivência materno-infantil e a qualidade de vida, contribuindo para conferir uma atenção de maior afetividade.

Entre essas ações, destacam-se:

- A vigilância na prescrição e uso de medicamentos, valorizando o risco/benefício de sua utilização durante a gravidez e o parto.
- A atenção à mulher durante a gravidez, parto e recém-nascido, com qualidade e afetividade.
- Durante o controle pré-natal a realização de medidas de auto-cuidado de saúde, entre as quais pode incluir-se a preparação para o parto.

Para a atenção do parto, destacam-se algumas estratégias:

- A elaboração do prontuário clínico, a história clínica, assim como o partograma para toda a mulher busque por atenção obstétrica.
- Evitar o emprego rotineiro de analgésicos, sedativos e anestesia durante o trabalho de parto normal; em casos excepcionais serão administrados segundo critério médico, com prévia informação e autorização da parturiente.
- Não se deve fazer, de forma rotineira, a indução e condução do trabalho de parto normal, assim como a ruptura artificial das membranas, com o único motivo de acelerar o parto. Esses procedimentos devem ter uma justificativa por escrito e realizar-se sob vigilância rigorosa de médicos que conheçam profundamente a fisiologia obstétrica e aplicando a norma institucional vigente.
- O controle do trabalho de parto normal deve incluir a verificação e registro de contratilidade uterina e dos batimentos cardíacos fetais, antes, durante e depois da contração uterina, pelo menos a cada trinta minutos. Deve incluir também a verificação e registro da evolução da dilatação cervical por meio de exames vaginais, de acordo com a evolução do trabalho de parto e segundo critério médico.

- O registro das medicações usadas: tipo, dose, via de administração e frequência durante o trabalho de parto.

Segundo esta Norma, os procedimentos mais utilizados para acelerar o parto, como a indução com ocitocina ou a rutura artificial das membranas amnióticas, têm sido reavaliados, considerando que não trazem benefícios e contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade materno-infantil. Assim sendo, seu uso deve ser limitado a determinados casos, com muito critério. Outros, como a anestesia utilizada indiscriminadamente no parto normal, altos índices de cesáreas em uma mesma unidade de saúde, ou realizar, sistematicamente, a revisão da cavidade uterina pós-parto, implicam em riscos adicionais e suas utilizações devem ater-se a casos cuidadosamente selecionados (MEXICO, 1995).

2.2 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação para a saúde é um processo de comunicação interpessoal que proporciona a informação necessária para um exame crítico dos problemas de saúde e responsabiliza as pessoas e os grupos sociais pela adoção de comportamentos que tenham efeitos diretos ou indiretos sobre a saúde física e psíquica, individual ou coletiva (REDONDO, 2004).

A educação para a saúde compreende as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente e que supõem uma forma de comunicação destinada a melhorar a alfabetização sanitária, incluindo a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades pessoais que conduzam à saúde individual da comunidade (OMS, 1998).

O que se define como saúde ou enfermidade, como bem estar ou mal estar, depende não apenas de fatores individuais e biológicos, mas também do contexto social e cultural sob o qual vivemos, trabalhamos e nos relacionamos. A educação para a saúde tem que considerar conceitos muito distintos e reconhecer as diferentes tradições médicas e os métodos curativos locais. A cada dia, com mais frequência, as pessoas solicitam informação sobre enfermidades específicas e sobre as diferentes opções terapêuticas (ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACION, LA CIENCIA Y LA CULTURA - UNESCO, 1997).

Uma abordagem integral de saúde requer implementar intervenções direcionadas a promover a saúde, prevenir enfermidades, curar e reabilitar as pessoas em seus problemas de saúde por meio de atividades educativas que se desenvolvem segundo diferentes níveis de intervenção sendo, o objetivo principal, a modificação, no sentido positivo, dos conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde das pessoas, grupos e coletividades (REDONDO, 2004). Esse autor considera, para tanto, os níveis de intervenção mais utilizados:

- Educação em massa: quando é necessário mudar condutas ou atitudes muito arraigadas na população para fomentar a saúde pública de uma área, região ou país, por meio de folhetos, cartilhas, imagens, painéis e meios de comunicação (jornal, televisão, rádio e internet).
- Educação grupal: intervenções dirigidas a grupos homogêneos de pessoas de forma a abordar determinado problema de saúde ou aspectos de sua saúde, para informar, motivar, trocar conhecimentos e induzir condutas e atitudes com relação à sua saúde, por meio de atividades como oficinas, palestras e cursos. Um exemplo é o curso de parto psicoprofilático.
- Educação individual: para abordar um determinado problema de saúde ou aspectos de saúde da pessoa por meio de orientação, conselho profissional, usando técnicas educativas de apoio como cartilhas, folhetos ou desenhos.

Segundo a UNESCO (1997), a educação é um fator determinante na saúde. As pessoas que estão mais predispostas a terem uma saúde prejudicada nem sempre são as mais pobres, mas àquelas que têm um menor nível de educação; assim, atualmente, a educação para a saúde engloba um conceito mais amplo de sua promoção e uma nova ênfase na prevenção, concentrando-se, cada vez mais, na aprendizagem e no processo de fortalecimento da autonomia.

A promoção da saúde é, portanto, o processo de capacitar as pessoas para que adquiram maior controle sobre sua saúde, envolvendo-as em seu contexto de vida cotidiana e promovendo o alcance do nível máximo de bem estar físico, mental e social para todos. A educação e a saúde pública compartilham uma grande variedade de interesses, objetivos e enfoques; a educação mais eficaz é a que parte dos interesses das pessoas, baseando-se em suas próprias iniciativas e, posteriormente, agrega experiências para uma ação conjunta (UNESCO, 1997).

A educação para a saúde deve ser um instrumento do pessoal de saúde, de forma a tornar-se uma parte indivisível entre a relação da pessoa e da comunidade com o serviço de saúde. Isso vai permitir a transmissão de informação e fomentar a motivação das habilidades pessoais e auto-estima, necessárias para adotar medidas que melhorem a saúde individual e coletiva. Portanto, o educador em saúde pode ser aquela pessoa (família, pessoal de saúde ou docentes de Centros Educativos) que contribua, de forma consciente ou inconsciente, para que os indivíduos adotem condutas em benefício de sua saúde (REDONDO, 2004).

A ação educativa que a enfermeira realiza com a gestante e sua família faz parte da educação e promoção da saúde, requerendo o estabelecimento de uma relação de confiança e entendimento, reconhecendo as necessidades, os problemas e atuando com base em conhecimentos, valores e outros meios disponíveis para proporcionar um clima de harmonia e segurança. A assistência à maternidade inicia-se com a saúde e educação dos futuros pais, não somente de saúde física e bem estar, mas também com o estímulo ao desenvolvimento de atitudes saudáveis nas relações familiares. Assim, o pessoal de enfermagem deve fundamentar suas ações segundo um processo contínuo de situações de aprendizagem, cuja finalidade será reafirmar e obter mudanças de atitude ou de conduta da gestante e do núcleo familiar (PEREZ, 1996).

Para Pérez (1996), as ações educativas que a enfermeira desempenha podem ser divididas, de forma operativa, em educação incidental e sistemática. A educação incidental é aquela realizada durante o desenvolvimento do trabalho cotidiano, no qual se utilizam as situações que se apresentam para realizar a educação mediante conversas informais. A educação sistemática, por outro lado, realiza-se de maneira formal, segundo uma metodologia de trabalho e um tempo previsto, com objetivos e finalidades explícitos.

2.3 EDUCAÇÃO PARA O PARTO

A educação ou preparação para o parto faz parte da promoção à saúde; é um termo que engloba a gestante e seu companheiro ao longo de todo o processo de gestação, trabalho de parto, parto e puerpério, com a finalidade de que vivenciem esta etapa e estabeleçam um vínculo afetivo com seu filho.

Santandreu e Sans (2001) descrevem as tendências dos cursos de preparação para o parto que surgiram na Europa, no início do século vinte. As principais tendências são:

Escola nórdica: No início do século, há uma tentativa do que poderia chamar-se preparação para o parto. Fisioterapeutas suecas começam um movimento de esboço de uma ginástica pré-natal.

Escola inglesa: Em 1933, Dick Read (médico inglês) observou que as mulheres que não apresentam medo ou emoções negativas tinham seus filhos de uma maneira mais tranquila. Este autor chegou a conclusão de que a dor era originada do medo, o qual desencadeava mecanismos de defesa sob forma de tensão muscular, configurando a tríade: dor- medo- tensão. Criou, então, um método educativo baseado na orientação, relaxamento (técnica de Jacobson) e confiança mútua entre a equipe assistencial e a mulher.

Escola soviética: Paralelamente à Inglaterra, na Rússia, nasce a Escola Soviética de psicoprofilaxia obstétrica, com base nos experimentos de Pavlov sobre os reflexos condicionados. Este método foi relatado em 1949 por Velvoski, um psiquiatra. Foi introduzido no restante da Europa em 1951, por um tocólogo francês, Fernand Lamaze, com algumas modificações. O método baseia-se no relaxamento muscular (técnica de Shultz), técnicas respiratórias de concentração e condicionamento de reflexos. Lamaze recomenda um ambiente especial de cordialidade e a presença do companheiro.

Escola francesa: introduz o treinamento respiratório como uma forma fisiológica de alívio para a dor do parto, melhorando a oxigenação da mãe e do feto, evitando ainda um impacto doloroso do diafragma contra o fundo uterino.

Escola espanhola: Em 1960, o doutor Aguirre de Cárcer propõe seu método denominado método de educação maternal. Seu objetivo fundamental não era obter a analgesia do parto, mas criar um novo padrão sócio-cultural, definido como “cumplicidade afetiva”, no qual a mulher e seu companheiro adquirem conhecimentos e, sobretudo, preparam-se para formar um novo grupo familiar.

Novas correntes: Em 1974, Leboyer (médico francês) propõe humanizar o parto não somente para a mãe, mas também para o bebê. Por meio de um nascimento não traumático, sem estímulos sensoriais excessivos, procurando poupar o bebê de um ambiente permeado por agressividade e violência (ruídos, luz).

As novas tendências consideram a vivência do parto consciente e a participação ativa da mulher e de seu companheiro na preparação e nascimento de seu filho. A humanização do ato de parir inclui ainda a criação de um ambiente afetivo ao redor da futura mãe.

Yoga: É uma técnica de controle do corpo e da mente baseada, fundamentalmente, na prática de exercícios de respiração, meditação e exercício físico.

Técnica de reeducação postural global: Originou-se em 1981, na França, sendo utilizada por Mezière (fisioterapeuta). Baseia-se no trabalho de músculos anteriores e posteriores com a finalidade de corrigir problemas músculo-esqueléticos.

Sofrologia (estudo do equilíbrio humano): Criado pelo doutor Caicedo, neuropsiquiatra colombiano, é uma área da medicina que estuda a consciência humana em todos os estados e níveis; é uma técnica derivada da hipnose que procura obter um bom domínio de si mesmo, mediante o relaxamento e a sugestão.

Técnicas complementares: A haptonomia (estudo das relações humanas afetivas) recorre ao contato tátil como meio de comunicação. Em 1992, o doutor Thomas Verny inicia um novo método ou programa baseado no vínculo afetivo com a criança que vai nascer, utilizando música, relaxamento profundo, visualização e massagem (harmonização intra-uterina).

Hoje em dia, embora utilizando técnicas diferentes, Couto (2006) refere que os cursos de preparação para o parto perseguem os mesmos objetivos:

- Proporcionar à gestante, informações necessárias sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido de modo que possa vivenciar conscientemente este momento especial.
- Vencer a ansiedade e o medo transmitidos de mãe à filhas para que a dor física não se potencialize com a angústia.
- Reduzir ao mínimo a dor, por meio de técnicas de respiração e relaxamento.
- Ensinar a lidar com o próprio corpo para que tudo possa transcorrer de forma mais fácil e rápida possível.
- Proporcionar encontros com outras mulheres na mesma situação.
- Informar ao futuro pai para que, em todo momento, incluindo o parto, possa estar o mais próximo possível da mulher.

- Mostrar à mulher o local no qual será atendida para que os momentos de internação lhe sejam menos estranhos.

Apesar das diferenças teóricas, os métodos existentes por todo o mundo científico, ou até mesmo empírico, têm semelhanças, dentre as quais: informações sobre os processos de trabalho de parto, algum tipo de preparação física (exercício, técnicas de relaxamento e respiração) e a crença no apoio constante e competente durante o trabalho de parto.

Enquanto atividade física pode-se considerar qualquer movimento corporal advindo de uma contração muscular, com gasto de energia maior do que em estado de repouso, permitindo aumento da força física, flexibilidade do corpo e maior resistência com mudanças na estrutura corporal ou no rendimento esportivo (BATISTA et al., 2003).

Em uma revisão realizada entre 1992 e 2002, por Batista et al. (2003), com a finalidade de determinar as considerações e efeitos da prática da atividade física durante a gestação sobre a saúde da gestante não atleta e do bebê, foram encontrados vários benefícios. Entre eles, destacamos a prevenção e redução de lombalgias, dores nas mãos e pés e estresse cardiovascular, além do fortalecimento da musculatura pélvica, redução de partos prematuros e cesáreas, maior flexibilidade e tolerância à dor, elevação da auto-estima e controle de ganho ponderal da gestante. Ainda não foram encontradas recomendações nutricionais e o exercício na água foi o mais indicado. No bebê, observou-se aumento de peso ao nascer e melhoria da condição nutricional.

A atividade física para gestantes apresenta contra indicação absoluta para as mulheres portadoras de enfermidades cardíacas com alterações hemodinâmicas significativas, enfermidade pulmonar restritiva, múltipara com risco de prematuridade, placenta prévia após 26 semanas de gestação, ruptura de membranas, sangramento uterino persistente no segundo ou terceiro trimestre, cérvix inadequada e pré-eclâmpsia (SCHRAMM; STOCKBAUER; HOFFMAN, 1996).

Considera-se como contraindicação relativa para a prática de exercícios aeróbicos durante a gestação, a presença das patologias: anemia, arritmia cardíaca materna, diabetes mellitus tipo I não controlada, bronquite crônica, obesidade mórbida, baixo peso com índice de massa corporal inferior a 12, estilo de vida

extremamente sedentário, atraso no crescimento uterino na atual gestação, hipertensão mal controlada, limitações ortopédicas, tabagismo e hipertireoidismo não controlado (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST, 2002).

A atividade física, sendo realizada de forma regular, moderada e controlada, desde o início da gestação, promove benefícios para a saúde materna e fetal (BATISTA et al., 2003).

O emprego de relaxamento, na obstetrícia moderna, tem uma finalidade mais positiva e uma abordagem ativa, destinado a enfrentar a dor e o estresse do parto. Um dos pioneiros nesta área foi Grantly Dick-Read, que recomendava o uso de relaxamento como uma forma de romper o círculo vicioso dor-temor-tensão (POLDEN; MANTLE, 2000).

Das observações realizadas por este médico inglês, na Inglaterra, França e Bélgica concluiu-se que a atitude de uma mulher frente ao parto tem influência sobre a forma como o processo ocorre. O problema foi resumido por ele em duas questões: *é o parto fácil a consequência da mulher encontrar-se tranqüila ou ela se encontra tranqüila porque seu parto está sendo fácil?*; e inversamente, *uma mulher se encontra com dor e atemorizada devido ao fato do parto apresentar alguma dificuldade ou o parto se torna difícil e com dor devido ao fato da mulher estar atemorizada?*

Dick-Read afirma também que a dor do parto não é fatal; o temor é o principal agente causador da dor e, nesse sentido, a superstição e a cultura da mulher têm influência na forma como ocorrerá o processo. Considerava ainda que o temor gera uma tensão protetora que não é apenas mental, mas que provoca a tensão muscular que, por sua vez, afeta também os músculos do cólo do útero, impedindo a dilatação do mesmo. A resistência causa dor como consequência do estímulo da tensão excessiva sobre as terminações nervosas do cólo. Para prevenir tal situação, é indispensável que a mulher receba uma educação prévia e adequada sobre a gravidez e o parto, ressaltando as maneiras pelas quais pode colaborar com este processo. Necessitam ainda serem atendidas por pessoas que compreendam e sejam capazes de ajudá-la a enfrentar todas as ameaças emocionais desta fase (GAVENSKY, 1971).

O relaxamento proporciona um estado em que o tônus muscular de todo o corpo reduz-se ao mínimo, amenizando o temor e sua influência sobre o tônus das

fibras circulares do segmento inferior e do cólo uterino. Em estado de relaxamento completo, as sensações da atividade uterina, durante o trabalho de parto, são interpretadas em real significado, ou seja, como um trabalho muscular e sem moléstias.

O relaxamento é importante durante as contrações, assim como a respiração e a calma. Estas medidas necessitam serem orientadas durante o atendimento pré-natal e reafirmadas por toda a equipe de saúde com a intenção de facilitar o trabalho de parto (FLORENTINO, 2002).

Os exercícios de respiração e relaxamento do corpo são valorizados não apenas por seus efeitos durante o trabalho de parto, mas também porque podem ser utilizados nas situações da vida cotidiana, requerendo prática para adquirir habilidade de fazê-los de forma natural e espontânea durante o trabalho de parto (MALDONADO; NAHOUM; DICKSTEIN, 1981). Quanto mais calma e relaxada a gestante se mantiver, menor será o tempo de trabalho de parto (ALBUQUERQUE, 2002).

Segundo Mateos (2000), o relaxamento proporciona redução da ansiedade e torna possível o rompimento do círculo vicioso dor-temor-tensão, mudando o centro da atenção da pessoa. Porém, requer treinamento contínuo, tempo, prática e regularidade para adquirir a habilidade necessária.

Embora existam muitas técnicas e exercícios de relaxamento e distintas escolas e métodos, em todos eles, três pilares básicos são considerados (MATEOS, 2002). São eles:

- A respiração consciente é considerada a técnica mais eficaz e conhecida do relaxamento; é a melhor forma de desbloqueio físico, mental e emocional, além de ser um método natural e de baixo custo que não cria dependências e, em qualquer circunstância e lugar, pode-se respirar. A respiração proporciona oxigênio para realizar as funções vitais, nutrir as células e expulsar os produtos indesejáveis do organismo.
- A salivação ajuda a ativar o sistema nervoso parasimpático, encarregado de gerar estresse e calma ao corpo. Esta prática é útil na experiência de dor.
- Controle do pensamento. O pensamento pode ser uma fonte importante de estresse, o qual, se gerado dentro do corpo, pode ser mais perigoso que o vindo do exterior. Por isto, torna-se importante aprender a utilizar a mente para desfrutar de uma melhor qualidade de vida e saúde. Aprender a

desconectar temporalmente, a atividade de nossa mente mediante o relaxamento profundo, durante um período a cada dia, é um dos hábitos mais saudáveis, porque repara o desgaste diário do sistema nervoso, fortalece o sistema imunológico e previne o estresse.

Relaxar é muito mais do que descansar. É obter um estado de tranquilidade no qual as emoções se aquietam e os sentimentos se acalmam. Durante o relaxamento, os músculos relaxam e descansam, minimizando, assim, a rigidez e a dor. Esse estado de bem estar possibilita que a mente esteja mais lúcida e aberta para enfrentar a vida e desenvolver sua máxima potencialidade (MATEOS, 2002).

Considerando que existe uma ansiedade natural em todas as mulheres a respeito de sua capacidade para suportar o trabalho de parto e o nascimento, a preparação para este momento pode modificar sua percepção e interpretação, aumentar sua confiança e proporcionar-lhe recursos que a ajudarão a lidar com qualquer eventualidade durante o trabalho de parto. Tais recursos não têm efeitos colaterais, nocivos e podem fazer a diferença entre confiança e temor (POLDEN; MANTLE, 2000).

A preparação para o parto é, sob a perspectiva das enfermeiras, um momento de educação para a saúde que envolve procedimentos técnicos, educativos, de inter-relação e informação de importância para a gestante e a enfermeira, desenvolvendo-se, desde o início da gravidez até o puerpério, como uma forma de alterar comportamentos, visando um resultado capaz de melhorar a saúde da gestante e de sua família (COUTO, 2006).

Portanto, a educação para o parto pode ser entendida socialmente como um momento privilegiado para a gestante, sua família e como estratégia política de educação para a saúde, com resultados evidentes e permanentes (COUTO, 2006).

3 Caminho Metodológico

3.1 TIPO DE ESTUDO

A abordagem deste estudo é qualitativa, considerando que se trabalhou com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes das mulheres que participaram de um programa de educação para o parto. Por corresponderem a um espaço mais profundo das relações, os processos e os fenômenos não podem ser reduzidos a uma operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Este método faz referência à compreensão da experiência humana tal como é vivida e tenta captá-la no contexto daqueles que a experienciam (POLIT; HUNGLER, 2000). Segundo Rodríguez (1999), isso significa estudar a realidade em seu contexto natural, tal como ela ocorre, tentando captar o sentido para interpretar os fenômenos de acordo com os significados que têm para as pessoas envolvidas. Para tanto, é preconizada a utilização de recursos que descrevam a rotina, as situações e os significados na vida das pessoas.

A investigação qualitativa possibilita ao investigador captar a forma como as pessoas pensam e agem frente às perguntas, conhecer a dinâmica e a estrutura do contexto do estudo, desde a perspectiva de quem a vivencia, possibilitando, assim, entender os fenômenos complexos e únicos e também contribuir para a melhor compreensão dos sentimentos, dos valores, das atitudes e dos temores das pessoas, entendendo suas ações diante de um problema ou situação (PRAÇA; MERIGHI, 2003).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Para delimitar a área de estudo foi descrito um panorama epidemiológico da saúde materna no México. Posteriormente, foram consideradas algumas características do Estado de Campeche, sobretudo a respeito do sistema de saúde e, finalmente, do hospital onde o estudo foi desenvolvido.

3.2.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE MATERNA NO MÉXICO

Apesar dos avanços da obstetrícia, a saúde reprodutiva continua sendo um dos principais problemas na maioria dos países em desenvolvimento. Para esta situação, contribuem as condições precárias de vida destas populações e as deficiências dos sistemas de saúde que não conseguem atender às necessidades de todos (GUALDA, 1998).

Segundo a Direção Geral de Informação em Saúde, no México, no ano de 2002, as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) representavam 27,3% da população total e 54,4% da população feminina. Considerando ser esta uma população inserida no mercado de trabalho, a maior parte tem direito ao seguro social (55,4%). Para este mesmo ano, estimou-se uma taxa global de fecundidade de 2,3 o que significa, aproximadamente, 2 milhões de nascimentos (MEXICO, 2004).

Os índices de mortalidade materna no México caíram, de forma constante, entre 1955 e 1990, embora, infelizmente, durante os últimos 12 anos, tenha desacelerado esta tendência decrescente. As toxemias são as únicas causas de morte materna que não têm diminuído. Em 1980, o índice de mortalidade por esta causa era de 21 e, em 2002, foi de 20,8 por 100 mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade materna é de 53 óbitos de mulheres por cada 100 mil nascimentos vivos, registrados em 1998, o que significa que 1200 mulheres morrem, por ano, devido às causas obstétricas diretas, como toxemia, hemorragias, infecções, complicações do parto e abortos (UNICEF, 2001).

A cada ano, de uma estimativa de 120 milhões de gestações que ocorrem no mundo, mais de meio milhão de mulheres morrem como consequência de complicações durante a gravidez ou parto e, mais de 50 milhões padecem de enfermidades ou têm sérias incapacidades relacionadas à gestação (FCI, 2003).

Em 1999, a taxa de crescimento no México foi de 1.8% anual, resultando em uma diminuição da fecundidade, chegando a 2,5 filhos por mulher. Dados estatísticos indicam um aumento na esperança de vida de 62 para 75 anos, nos últimos 25 anos. Portanto, existe uma diminuição da taxa de crescimento da população, assim como da taxa de fecundidade. Não há dúvida que a estrutura populacional por idades está se modificando devido ao aumento da esperança de

vida e também ao fato de que vem aumentando o número de mulheres em idade reprodutiva.

Diariamente são registradas, em média, quatro mortes maternas e 11 de bebês menores de um ano, sendo a maioria devido a causas preveníveis (CIMAC, 2003).

As taxas variam quando se comparam a área rural e urbana e os diferentes estados. A taxa de mortalidade materna para o estado de Tlaxcala foi de 86 e, no estado de Chiapas, de 63, enquanto que no estado de Baja Califórnia, a taxa foi de 19 e, no Distrito Federal, de 49 por cada 100 mil nascimentos vivos (UNICEF, 2001).

No estado de Campeche, em 2002, a taxa de fecundidade foi de 2,44 e a porcentagem de mortes causadas por enfermidades transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais de 15,9% (MEXICO, 2004).

As diferenças entre grupos atendidos pelas diversas instituições públicas também são alarmantes. A mortalidade materna no Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), no período de 1990-1999, evidenciou um decréscimo importante, passando de 4,8 mortes por 10 mil nascidos vivos para 3,6. Esta diferença com relação às taxas nacionais deve-se ao fato da população que tem direito aos serviços do IMSS ter um nível socio econômico mais elevado e homogêneo que a população em geral, uma vez que é integrada por famílias de trabalhadores com renda fixa e legislações que lhe garantem o acesso regular a serviços pré-natais, atenção adequada ao parto e vigilância competente do puerpério.

Em contrapartida, as populações não asseguradas freqüentemente não conseguem, sequer, uma atenção adequada ao parto.

Para 2005, a estimativa total de população nacional era de 106.451.679 habitantes, dos quais, 44.960.509 são considerados amparados pelo IMSS. No estado de Campeche, de um total de 775.765 habitantes, 361.891 contam com serviço por parte desta instituição de saúde.

A maior parte dos danos obstétricos e riscos para a saúde da mãe e da criança podem ser prevenidos, identificados e tratados com êxito, mediante a adoção de procedimentos normatizados para a assistência, entre os quais se destacam o uso do enfoque de risco, a realização de atividades preventivas e o abandono de práticas que, quando empregadas de forma rotineira, aumentam os riscos (MEXICO, 1995).

3.2.2 CARACTERÍSTICAS DO ESTADO DE CAMPECHE

O estado de Campeche encontra-se situado a sudeste dos Estados Unidos Mexicanos, fazendo divisa, ao norte, com o estado de Yucatán e o Golfo do México; ao sul, com a República da Guatemala; ao sudoeste, com a República de Belize; ao sudeste, com o estado de Tabasco; ao leste, com o estado de Quintana Roo e, ao oeste, com o Golfo do México (Figura 1).

Figura 1- Localização do Estado de Campeche, México.

Campeche tem uma superfície de 50.812 km e uma população de 754.730 habitantes (MEXICO, 2004), população de idioma indígena de 89.000 e uma taxa de crescimento anual de 1,46%. Por ser uma região costeira e que se encontra entre os trópicos, seu clima é quente sub-úmido.

As temperaturas não variam muito em todo o estado. O clima quente prevalece em quase todos os meses do ano, com exceção de dezembro, janeiro e

fevereiro, quando a temperatura diminui um pouco devido ao inverno. Em média, a temperatura é de 27° C.

No que se refere aos serviços de saúde, conta com três níveis de atenção, nível primário que engloba as atividades de promoção, detecção e controle de enfermidades, situado nos centros de saúde, unidades médicas e de medicina familiar. O segundo nível é aquele onde se enfoca a hospitalização para o diagnóstico e tratamento das enfermidades, nas especialidades básicas de pediatria, ginecologia, cirurgia, traumatologia e medicina interna. Por fim, o terceiro nível, com as especialidades básicas e algumas sub especialidades.

Com relação à infraestrutura pública, há centros de saúde e hospitais de segundo e terceiro níveis, pertencentes ao Instituto Descentralizado de Saúde Pública (INDESALUD) com atenção, em geral, a todo tipo de população que necessite do serviço. Possui ainda unidades médicas e hospitalares de segundo nível, pertencentes ao Instituto de Segurança Social a Serviço dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE) que atende somente aos trabalhadores do governo do estado e do magistério. Há ainda unidades de medicina familiar e um hospital rural que conta com os serviços de medicina preventiva, cirurgia geral, gineco-obstetrícia, pediatria e medicina interna; além disso, há hospitais de segundo nível de atenção, pertencentes ao Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), com atenção à população a ele afiliada (trabalhadores assalariados inscritos neste serviço por seus empregadores).

Existe também um hospital para trabalhadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) e outro para o pessoal da Secretaria da Marinha e Armada de México (NAVAL). No que se refere à assistência privada, existem também clínicas com a finalidade de diagnóstico, tratamento e hospitalização.

O presente estudo foi realizado no Hospital Rural No.7 “Oportunidades” pertencente ao IMSS, considerado de segundo nível de atenção e que disponibiliza o atendimento na especialidade de ginecologia e obstetrícia.

Este Hospital encontra-se situado no Municipio de Hecelchakán, Campeche. Hecelchakán, o nome original do lugar provém dos vocábulos maias “helel” e “chakán” que significam “descanso” e “planície”, respectivamente, porque é conhecida como a planície de descanso (Figura 2).

Figura 2- Localização do Município de Hecelchakán, Campeche, México.

De acordo com os resultados apresentados no II Censo de População e Habitação (MEXICO, 2007), em 2005 o município contava com um total de 26.973 habitantes, predominando o povo maia (99,8% da população municipal falam a língua maia). Os serviços de saúde são proporcionados por meio de nove unidades médicas, distribuídas da seguinte forma: 4 do INDESALUD, 1 do ISSSTE e 4 unidades rurais e o Hospital pertencentes ao sistema IMSS-Oportunidades. Além disso, existem 4 Unidades Básicas de Saúde situadas em diferentes locais do município.

3.2.3 O HOSPITAL IMSS-OPORTUNIDADES

Em 1979, o Governo Federal, por meio da Coordenação Geral do Plano Nacional de Zonas Deprimidas e Grupos Marginalizados (COPLAMAR), baseado na experiência do IMSS, elaborou um convênio com o objetivo de oferecer serviços de saúde à população nas zonas rurais mais marginalizadas, surgindo, assim, o Programa IMSS-COPLAMAR. Em 1983, com a extinção do COPLAMAR, este programa ficou totalmente sob a responsabilidade do IMSS, embora financiado, em

cerca de 40%, pelo Governo Federal. A partir de 1989, ampliou-se a estrutura do programa e seu nome passou a ser IMSS-Solidariedade.

Mediante acordo do Conselho Técnico do IMSS, em 10 de julho de 2002, ocorreu uma nova mudança com a denominação de Programa IMSS-Oportunidades, sendo financiado com recursos do Governo Federal, continuando a proporcionar serviços de saúde integral de primeiro e segundo níveis, oportunos e de qualidade à população sem acesso regular aos serviços de saúde; população essa proveniente de zonas rurais e urbanas marginalizadas.

Conta com um Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS) destinado a promover a participação da comunidade no cuidado à saúde individual, familiar e comunitária. Proporciona também atenção médica integral, disponível, adequada e regular, além de possibilitar o aproveitamento dos recursos disponíveis, incluídos a medicina tradicional e o emprego de tecnologias apropriadas ao meio rural e urbano e ainda incentivam a participação consciente, voluntária e organizada da comunidade.

Além disso, este modelo tem mecanismos de informação e avaliação permanentes, com o objetivo de promover o auto-cuidado da saúde integral da mulher de forma a melhorar a sua qualidade de vida. As atividades relacionadas à saúde reprodutiva e materno infantil têm a finalidade de oferecer os serviços de planejamento familiar, de saúde materna e perinatal, segundo um referencial de igualdade absoluta, liberdade e respeito às decisões das pessoas e; posteriormente ao aconselhamento, possam ser realizadas as escolhas adequadas, prescrição e aplicação dos métodos anticoncepcionais, proporcionando atenção de qualidade e necessária para a saúde ginecológica, pré-natal e durante o parto e puerpério.

O Hospital Rural No. 7, onde foi realizado este estudo, é o único, por suas características, em todo o estado por favorecer a vinculação da medicina institucional com a medicina tradicional mexicana, o que influenciou na escolha do local de estudo. Tem capacidade para 40 leitos disponíveis, com uma média diária de 1,5 partos por dia. Fazem parte da administração um diretor, um administrador, uma enfermeira-chefe e um funcionário de manutenção de equipamentos e instalações.

O restante do pessoal do Hospital é constituído por enfermeiras, bioquímicos, dentistas e assistentes sociais, além de médicos generalistas, residentes das especialidades de medicina familiar, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia, medicina

interna e anestesia. Conta também com nutricionista, auxiliares de enfermagem, técnicos de laboratório e raios-X, auxiliares administrativos, equipe de manutenção e serviços gerais e um promotor de ação comunitária.

Neste hospital existem diversos grupos de apoio, sob a responsabilidade de assistentes sociais, envolvendo diabéticos, hipertensos, adolescentes e gestantes, que se reúnem uma vez por mês. As gestantes, nosso grupo de interesse, por sua vez, estão distribuídas em 3 sub-grupos: de adolescentes (menores de 18 anos), de mulheres com menos de 20 semanas de gestação, e um terceiro, para as mulheres com mais de 20 semanas de gestação.

A dinâmica de atenção à gestação inicia-se com o primeiro atendimento à mulher com hipótese de gravidez, a qual é atendida pelo médico generalista que solicitará todos os exames de laboratório para confirmar a suspeita. Em seguida, serão programadas consultas mensais até a 28ª semana de gestação e, após esse tempo, elas são agendadas a cada 15 dias até a 36ª semana. A partir da 37ª semana, as consultas passam a ser semanais. As gestantes somente serão enviadas ao gineco-obstetra caso apresentem gravidez de alto risco. A equipe de saúde é responsável também por referenciá-las ao serviço de assistência social para inserção nos grupos de apoio.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo contou com a participação de 9 mulheres que atendiam aos seguintes critérios de seleção:

- Idade entre 18 e 35 anos
- Gestação de baixo risco
- Estar no segundo trimestre de gestação
- Realizar controle pré-natal
- Concordar em participar de um programa de educação para o parto.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o presente estudo, foram considerados os seguintes capítulos e artigos do Regimento da Lei Geral de Saúde em Matéria de Investigação para Saúde, no México (MEXICO, 1987).

Do Capítulo I: Disposições Gerais: Artigo 13 e 14, incisos V, VII e VIII, artigos 16, 17, 18, 20, 21 e 22. Com relação ao respeito e proteção dos direitos do ser humano, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B) e avaliado o risco da investigação para a saúde da pessoa. Neste caso, considerado mínimo.

Capítulo IV: Os artigos 43, 44, 45, 48- inciso I, 49 e 50 são relacionados à investigação em mulheres em idade fértil, gestantes, parturientes, puerpéras, lactantes e recém-nascidos. No que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da mulher e de seu cônjuge ou companheiro, este capítulo adverte que a investigação não deve representar um mínimo risco para a mulher, embrião ou feto, além da ausência de interferência na evolução da gestação. A investigação, durante o puerpério, somente pode ser realizada quando não houver interferências na saúde da mãe e do recém-nascido.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, Guanajuato, México (Anexo A) e submetido à revisão pelo Comitê Local de Investigação em Saúde do Hospital Geral de Zona # 1, órgão que regulamenta as investigações que se realizam em todas as clínicas e hospitais pertencentes ao IMSS, para solicitar autorização do local do estudo.

3.5 COLETA DE DADOS

Os instrumentos para a coleta de dados foram: o formulário de dados sócio-econômicos e obstétricos (Apêndice C), o diário de campo (Apêndice D) e o inventário de Ansiedade-Estado (Anexo B) e Ansiedade-Traço (Anexo C). As técnicas empregadas foram: a entrevista semi-estruturada (Apêndice E) e a observação das mulheres durante o programa de educação para o parto.

O formulário de dados socio-econômicos e obstétricos divide-se em duas partes: gravidez e parto. O primeiro contém questões que têm como finalidade

caracterizar o grupo de estudo quanto às condições sócio-econômicas e obstétricas, além de informação relacionada às suas expectativas ao iniciar o preparo para o parto. Este questionário foi auto-aplicado no primeiro contato com as mulheres, em um tempo aproximado de 10 minutos. A segunda parte acrescenta informações relacionadas ao parto, propriamente dito. Esta informação foi obtida por meio do prontuário e/ou durante a entrevista no puerpério.

O registro no diário de campo foi semanal, posterior a cada sessão, com ênfase nos acontecimentos mais relevantes dos encontros. Individualmente, após cada entrevista realizada, foi registrada a percepção do pesquisador sobre o sujeito do estudo.

Segundo Minayo (2004), o diário de campo é um instrumento no qual, diariamente, pode-se anotar as percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidos por meio de outros recursos. É pessoal e intransferível; contém detalhes dos diferentes momentos da investigação, de forma sistemática, que perdura desde o primeiro momento em que se insere em campo até a fase final da investigação.

No inventário de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, criado por Charles Donald Spielberger, constam duas sub-escalas auto-aplicáveis de 20 itens cada, com quatro alternativas de respostas tipo Likert. Cada sub-escala estuda a ansiedade diante de diferentes perspectivas: os traços da ansiedade (característica de personalidade relativamente estável) e o estado de ansiedade (estado emocionalmente transitório). Permite ao indivíduo estimar o grau de ansiedade, distinguindo entre um momento de ansiedade e um estado de ansiedade (RUTEAGA, 2006). O tempo de preenchimento de cada um dos inventários foi de aproximadamente 10 minutos.

Outra técnica para coleta de dados foi a entrevista. Segundo Minayo (2004), é a técnica mais usada durante o processo de trabalho de campo; por meio dela, são obtidas informações contidas no diálogo entre duas ou mais pessoas, podendo ser individual ou coletiva. Assim, obtivemos dados objetivos e subjetivos, ressaltando que os primeiros também se confirmaram por meio de outras fontes secundárias, tais como os registros clínicos. A obtenção dos dados subjetivos somente foi possível desta forma, considerando que se relacionaram com os valores, as atitudes e as opiniões dos sujeitos entrevistados.

Segundo a forma em que se estrutura a entrevista, ela pode ser de vários tipos: sondagem de opinião, elaborada mediante questionário totalmente estruturado, onde a escolha do informante está condicionada pela multiplicidade de respostas apresentadas pelo entrevistador; entrevista semi-estruturada que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador e; entrevista aberta ou não estruturada, quando o informante discorre livremente sobre o tema que lhe é proposto.

As entrevistas semi-estruturadas e não estruturadas, ambas podem ser feitas verbalmente ou por escrito, mas tradicionalmente incluem a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais e são complementadas por uma prática de observação participante. Partem da elaboração de um roteiro que serve de orientação e, que consiste em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, da definição do objeto de investigação (MINAYO, 2004).

Neste estudo a entrevista foi semi-estruturada e conduzida pelas seguintes perguntas norteadoras:

- *O que significou para você preparar-se para o parto?*
- *Considerando a preparação para o parto, qual foi sua vivência durante o trabalho de parto e parto?*
- *Você identificou benefícios por ter participado do curso de preparação para o parto?*

Finalmente, também empregamos a observação participante, realizada por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, apreendendo informações sobre a realidade dos sujeitos do estudo em seus próprios contextos. Minayo (2004) considera que a importância desta técnica reside na sua possibilidade de poder captar uma variedade de situações que não são apreendidas por meio de perguntas, mas observadas diretamente na própria realidade.

Existe uma variação do papel do observador quanto à observação participante no momento do trabalho de campo. Ele pode participar do grupo estudado por meio da observação de eventos cotidianos relativos ao presente estudo, durante as sessões de preparação.

3.5.1 PROCEDIMENTO

Obtida a autorização, realizamos uma visita ao hospital selecionado para o estudo com a finalidade de verificar se contava com a infraestrutura necessária para a implementação do programa. Em seguida, agendamos uma reunião com o diretor do hospital e com alguns funcionários para expor-lhes a proposta de trabalho e convidá-los a participarem da investigação. A equipe de trabalho ficou constituída por um farmacêutico, duas assistentes sociais e a pesquisadora.

A integração do grupo de estudo ocorreu no dia programado para a reunião do grupo de apoio das gestantes com mais de 20 semanas de gestação. Compareceram, aproximadamente, 25 mulheres. Neste momento, foi explicado o projeto e proposta a participação das mesmas. 13 mulheres que atendiam aos critérios estabelecidos aceitaram o convite, sendo 9 primigestas e 4 secundigestas.

Formado o grupo, foram combinados o dia e a hora da próxima reunião, sendo que a maioria escolheu o sábado, às 15:00 horas, na sala de reuniões /audiovisual do hospital.

As mulheres do grupo de apoio que não aceitaram participar do programa de preparação para o parto foi solicitado que integrassem o grupo controle para o preenchimento das escalas de ansiedade neste momento e na trigésima oitava semana de gestação. Para as que aceitaram, também foi providenciado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, o formulário de dados sócio-econômicos e obstétricos. Este grupo foi integrado por quinze mulheres, com características semelhantes ao grupo de estudo.

A investigação realizou-se em dois momentos. O primeiro consistiu na implementação de um programa de educação para o parto (Apêndice F) e, o segundo, em uma entrevista realizada durante o puerpério. Realizamos ainda uma mensuração da expressão da ansiedade e do estado de ansiedade, antes e depois do início do programa.

Os trabalhos foram organizados da seguinte forma:

- Todas as sessões iniciaram-se com uma dinâmica grupal, coordenada pela assistente social, com duração de 10 minutos, visando integrar as gestantes como um grupo.
- Foi realizada pela pesquisadora uma exposição dos temas programados para cada encontro (aproximadamente de 30 a 60 minutos) e, em seguida, uma

sessão de 20 minutos de exercícios e 10 minutos de relaxamento. Para esta atividade o tempo programado foi de 60 a 90 minutos. Em todas as sessões foi exposto um tema, porém, em algumas, somente foram feitos exercícios e, em outras, apenas relaxamento.

- Reflexão final, durante a qual foi retomado o tema abordado nas reuniões e a mulher foi motivada a expressar seu sentir a respeito, com duração de 20 minutos sob a coordenação do bioquímico. Ressaltamos a contribuição deste profissional por favorecer nossa adaptação na língua e cultura maia, além de contribuir em todas as fases do programa de educação.

Na primeira reunião, das 13 mulheres que aceitaram participar, somente 9 estiveram presentes. À medida que chegavam, recebiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o formulário de dados sócio-econômicos e obstétricos e o Inventário de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço para seu preenchimento. Posteriormente iniciaram-se as atividades já programadas.

A atividade iniciou-se com uma dinâmica de integração de forma que as mulheres pudessem se conhecer, seguida da exposição do tema “Mudanças Físicas e Psicológicas durante a Gravidez”, onde foram explicadas as mudanças ocorridas no organismo da mulher, desde a fecundação até o momento do nascimento de seu filho. A todo o momento, estimulou-se a participação das mulheres, abordando também o relaxamento e, finalmente, a reflexão que relacionava todo o ocorrido na sessão.

Na segunda reunião, realizada no período das festas anuais do santo padroeiro da cidade, compareceram somente cinco gestantes. Nesta data, foi exposto o tema: “Métodos e recursos para o manuseio não farmacológico da dor”, abordando-se relaxamento, técnicas de respiração, massagens e posições para o parto. Realizou-se dinâmica e reflexão sobre a prática desse tema, apesar do número reduzido de mulheres.

Durante o decorrer da semana seguinte, a equipe encarregou-se de visitar cada uma das mulheres que aceitaram participar do estudo, visando motivá-las para as próximas sessões. Essa iniciativa foi positiva, considerando que, na terceira reunião, compareceram as nove mulheres. Nesse encontro, abordou-se o tema “O dor durante o trabalho de parto” e foram praticados o relaxamento e a respiração. As gestantes também foram orientadas para a prática destes em suas casas.

O quarto tema exposto foi “Trabalho de parto”, assistido por oito mulheres. Esse tema foi muito inquietante para elas, uma vez que abordou cada etapa do trabalho de parto, passo a passo, desde o início até o nascimento. Posteriormente, foi feita uma sessão de exercício, respiração e relaxamento.

Na quinta sessão, os temas expostos foram “A cesárea” como alternativa de nascimento, o procedimento, a vigilância posterior e “Os cuidados imediatos do recém-nascido”, incluindo a avaliação de apgar, coleta de material para exames e a importância para a identificação da criança. Houve a participação de oito mulheres e, além da dinâmica e reflexão, realizaram-se alguns exercícios para melhorar a postura e diminuir o desconforto.

A sexta reunião iniciou-se com uma visita ao hospital, nas áreas de urgência, internação, tococirúgia, sala de parto e berçários, explicando o que é realizado em cada área e qual o momento em que devem trazer a documentação necessária. Em seguida, analisou-se o que observaram e complementou-se com o tema “Procedimentos hospitalares”, no qual foram abordadas venóclise, tricotomia, episiotomia, sondagem vesical, enema, ocitocina e coleta de material para exames de laboratório. Oito mulheres participaram desta reunião, na qual se praticou o exercício de “fazer força”; após a sessão, a equipe visitou uma das mulheres que faltou na tentativa de motivá-la a continuar participando.

Nove mulheres compareceram à sétima reunião, cujos temas foram “O puerpério” e “Planejamento familiar”, desenvolvendo-se como o planejado: dinâmica, apresentação do tema, exercício, técnicas de respiração, relaxamento e reflexão final.

Na oitava sessão, o programa teve como tema “A amamentação”. Participaram oito mulheres, considerando que, no transcorrer da semana, uma delas teve a sua filha. Reafirmou-se a importância de praticar o exercício de força para o período expulsivo e as técnicas de respiração e relaxamento.

Finalmente, o grupo foi concluído com nove mulheres, sendo a última reunião destinada para o encerramento do curso, onde esclareceram-se dúvidas, solicitando-lhes que, quando iniciassem o trabalho de parto, algum membro da família estabelecesse contato com a equipe de trabalho. Ainda foi entregue às mulheres o Inventário de Ansiedade-Estado para a segunda mensuração. Como forma de agradecer a participação, cada uma foi presenteada com uma camiseta com o logotipo do curso e ganharam também um presente para o futuro filho.

A segunda etapa teve a finalidade de conhecer a vivência do trabalho de parto para a mulher que se preparou para tal. Para tanto, foi realizada uma entrevista semi-estruturada durante o puerpério com nove mulheres, sendo seis no hospital e, três, em seu domicílio. Essa entrevista teve uma duração aproximada de quarenta minutos, tendo sido gravada com autorização e, posteriormente, transcrita na íntegra, zelando para manter o anonimato da participante. As entrevistas foram numeradas cronologicamente, utilizando-se números arábicos.

Cabe mencionar que as falas das mulheres foram mantidas no idioma original, fundamentado no que refere Hoffman, em Strauss e Corbin (2002), que os significados se “perdem na tradução”. Esses mesmos autores consideram que, para a apresentação ou publicação em um país diferente daquele onde os dados foram coletados (se o idioma é diferente), pode-se traduzir os fragmentos principais e suas codificações, cuidando para aproximar-se o mais possível do original. De modo geral, não se pode perder tempo excessivo e significados valiosos quando se traduz todo o material, considerando que, na tradução, perdem-se muitas das sutilezas do original.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para esse estudo foi utilizada a Análise de Conteúdo, considerada, segundo Bardín (1977), como um conjunto de técnicas de análises da comunicação, a qual, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de depoimentos, visa obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições e elaboração e entendimento dessas falas.

Para Minayo (2004), sob a perspectiva operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro grau para elevar-se a um nível mais profundo, aquele que vai ultrapassar os significados manifestos, por meio da relação de estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.

Articula ainda a dimensão dos textos descritos e analisados com os fatores que determinam suas características: variáveis psico sociais, contextos cultural e de processo de produção de mensagens.

Com a finalidade de captar os significados manifestos e latentes no material qualitativo, têm sido desenvolvidas várias técnicas para análise de conteúdo. Nesse estudo, foi utilizada a de análise temática.

Segundo Minayo (2004), realizar uma análise temática consiste em captar os núcleos de sentido que compõem um processo de comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico determinado. A presença de alguns temas expressa os valores de referência e os modelos de comportamento, evidenciados no discurso. Operacionalmente, segundo essa autora, a análise temática desenvolve-se em três etapas: *pré-análise*, *exploração do material* e *tratamento dos resultados*.

- A pré-análise:

Com as entrevistas digitadas e editadas (no idioma original), os objetivos iniciais do estudo foram retomados de forma a elaborar indicadores para orientação da análise. Posteriormente, foram realizadas várias leituras, sublinhando os depoimentos com diferentes cores com a finalidade de identificar as unidades de significado (palavras chave ou frases), organizando-se o material de tal forma que atendessem aos critérios de validade: saturação, representatividade, homogeneidade e pertinência.

- Exploração do material:

Nesta etapa, há a codificação e a transformação dos dados brutos para conseguir a compreensão do texto. Realizaram-se recortes das entrevistas para estabelecer as unidades de significado, agrupando-as de acordo com suas semelhanças. Finalmente, os dados foram classificados, agrupados e selecionadas quais seriam as principais categorias.

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:

A terceira e última etapa refere-se ao tratamento dos resultados, analisando as falas das mulheres e estabelecendo as inferências e interpretações das mesmas, retomando o marco referencial.

A partir desta orientação teórica foram obtidas as seguintes unidades temáticas e suas respectivas categorias:

1. Preparação para o parto

Momento de convivência, motivação e aprendizagem

Benefícios do curso {
- início do trabalho de parto
- durante o trabalho de parto
- na sala de parto

2. Vivências no hospital

Necessidade de companhia e ajuda

Barreiras para aplicar o aprendido {
- rotinas hospitalares
- atitude da equipe de saúde

Quando o parto não é uma opção {
- quando o médico diz “*cesárea*”
- desilusão e aceitação

3. Influências para o preparo da mulher

Experiência do parto anterior

Atitude da família: desvalorizando o preparo para o parto

4 Resultados e discussão

Apresentamos, neste capítulo, os resultados do estudo, iniciando com a caracterização sócio econômica e obstétrica das mulheres envolvidas.

A seguir descrevemos os dados de ansiedade dos grupos controle e de estudo. Posteriormente, realizamos a descrição do grupo de mulheres que participaram da pesquisa, considerando a percepção do pesquisador e, por último, apresentamos a análise e discussão das falas dessas mulheres.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA

O grupo controle foi constituído por 15 mulheres, cuja idade média foi 27 anos, sendo que 86,6% eram casadas e 13,3%, solteiras. Quanto à escolaridade, a maioria teve estudos de nível secundário (46,6%), ensino fundamental (33,3%) e apenas 20% havia concluído os estudos primários. A ocupação distribuiu-se da seguinte forma: dona de casa 86,6%, trabalhadoras (trabalho em uma fábrica de roupas) 6,6% e secretária 6,6%. Houve predomínio da renda familiar média, acima de dois mil pesos, mas inferior a quatro mil pesos (86,6%).

No grupo de estudo participaram 9 mulheres, com uma média de idade de 24 anos, casadas e, em sua maioria, dedicadas aos trabalhos do lar (66,7%). Um número menor (33%) trabalhava em indústrias, exercendo diferentes funções: costureira, recepcionista e supervisora. Em relação à escolaridade, 33,3% dessas mulheres concluíram o primário, 33,3%, o secundário e, o restante (33,3%), tinha estudos em nível fundamental. Quanto à renda familiar, ela provém, principalmente, do esposo, prevalecendo uma situação econômica média, considerando que a renda predominante (66,7%) correspondia a um salário acima de dois mil pesos e inferior a quatro mil pesos mensais.

Esses dados são expressos na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização sócio econômica dos grupos controle e de estudo. México, 2007.

Dados sócio econômicos	Grupo controle		Grupo de estudo	
IDADE (anos completos)	n = 15	%	n = 9	%
18-21	4	26,6	3	33,3
22-25	3	20,0	3	33,3
26-29	4	26,6	1	11,1
30-33	4	26,6	2	22,2
ESCOLARIDADE (completa)				
Primaria	3	20,0	3	33,3
Secundária	7	46,6	3	33,3
Preparatória	5	33,3	3	33,3
ESTADO CIVIL				
Casada	13	86,6	9	100,0
Solteira	2	13,3	0	0
OCUPAÇÃO				
Dona de casa	13	86,6	6	66,7
Costureira	1	6,6	1	11,1
Recepcionista	0	0	1	11,1
Supervisora	0	0	1	11,1
Secretária	1	6,6	0	0
RENDA FAMILIAR (mensal)				
Média (> de \$2000.00 y < de \$4000.00)	13	86,6	6	66,7
Baixa (< de \$2000.00)	2	13,3	3	33,3

Fonte: Formulário de dados sócio econômicos e obstétricos.

4.2 CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA

A caracterização obstétrica das mulheres do grupo controle e do grupo de estudo está apresentada na Tabela 2.

No grupo controle, 73,3% das mulheres encontravam-se em sua primeira gestação e as 26,6% restantes, em sua segunda gestação. No que se refere ao período de gestação, 60% situaram-se entre as 29-31 semanas e, 33,3%, entre as 23-25 semanas. Entre 26-28 semanas haviam 6,6% das mulheres.

No grupo de estudo, cinco (55,6%) mulheres eram primigestas e quatro (44,4%) secundigestas, com idade gestacional conforme segue: uma (11,1%) entre

23-25 semanas, cinco (55,6%) entre 26-28 semanas e, três (33,3%) entre 29-31 semanas.

Tabela 2 – Caracterização obstétrica dos grupos controle e de estudo. México, 2007.

Dados obstétricos	Grupo controle		Grupo de estudo	
GESTAÇÃO (número de gravidezes)	n = 15	%	n = 9	%
Primigesta	11	73,3	5	55,6
Secundigesta	4	26,6	4	44,4
SEMANAS DE GESTAÇÃO				
23 a 25	5	33,3	1	11,1
26 a 28	1	6,6	5	55,6
29 a 31	9	60,0	3	33,3

Fonte: Formulário de dados sócio econômicos e obstétricos.

No que se refere ao tipo de parto dessas mulheres, temos: quatro (44,4%) tiveram parto normal e, cinco (55,6%) realizaram cesárea. Os motivos identificados para a realização de cesárea foram: gravidez prolongada (2), sofrimento fetal, pré-eclampsia severa e feto em situação transversa (Tabela 3).

Não foi possível conhecer o ocorrido com a evolução da gravidez das mulheres do grupo controle.

Tabela 3 – Tipo de parto e motivo de cesárea do grupo de estudo. México, 2007.

TIPO DE PARTO	n = 9	%
Parto normal	4	44,4
Cesárea	5	55,6
MOTIVO DA CESÁREA	n = 5	%
Gravidez prolongada/ SFA	2	40
Pré-eclâmpsia severa	1	20
Sufrimento fetal agudo	1	20
Situação transversa	1	20

Fonte: Formulário de dados sócio econômicos e obstétricos.

4.3 ANSIEDADE DURANTE A GRAVIDEZ

Tendo em vista estudos (Gavensky, 1971); Maldonado, 1997); Soifer, 1986; Caron e Silva, 2002) que relacionam a existência de ansiedade natural durante a gravidez, buscamos a través da aplicação do Inventário de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço de Spielberger (validado para o espanhol) identificar se o programa de educação para o parto pode auxiliar o manejo da ansiedade durante a gravidez e o trabalho de parto.

Para tal foi considerado um grupo de estudo e um grupo controle. A utilização de grupos distintos teve a finalidade de verificar se o programa de preparação para o parto para as mulheres que o freqüentaram, teve influência na ansiedade, buscando comparar com os do grupo controle, para o qual não foi oferecida essa preparação. É importante ressaltar que as mulheres do grupo controle continuaram freqüentando o grupo de apoio da instituição, no qual eram discutidos temas relacionados à maternidade, mas não trabalhados da mesma forma que o programa de educação para o parto, elaborado para este estudo.

Com a aplicação deste inventário, determinou-se o nível de ansiedade-estado e de ansiedade-traço que ambos os grupos apresentaram no segundo trimestre de gestação, momento em que foi realizada a primeira mensuração. Posteriormente às 38 semanas, realizou-se a segunda mensuração da ansiedade-estado no grupo controle e, ao término do programa de preparação, para o grupo de estudo (37-38 semanas).

Este inventário estabelece três categorias para a ansiedade:

- 20-40 - ansiedade baixa
- 41-60 – ansiedade média
- 61-80 - ansiedade alta.

Com relação à ansiedade-traço, no grupo controle, a pontuação média foi de 36,8; considerada como ansiedade baixa e, no grupo de estudo, foi de 41,77, o que é considerado ansiedade média. A ansiedade-traço é entendida como uma propensão ansiosa, estável, presente como parte da personalidade e que diferencia as pessoas quanto à tendência em perceber as situações como ameaçadoras e a elevar, conseqüentemente, seu estado de ansiedade. Assim, desde o início, as

mulheres que aceitaram participar do estudo apresentaram uma maior tendência à ansiedade do que as que não aceitaram.

A ansiedade-estado representa uma condição emocional transitória da pessoa e caracteriza-se por sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos, de tensão e apreensão, assim como hiperatividade do sistema nervoso. Tal estado tem intensidade e tempos variados. Na primeira mensuração, o grupo controle apresentou uma pontuação de 34, ou seja, uma ansiedade baixa, o que sugere que não aceitaram participar do programa por não considerarem necessário. Por outro lado, o grupo que aceitou participar, obteve uma pontuação de 40,33, caracterizando uma ansiedade média, que pode estar relacionada, entre outros fatores, à desconhecimento sobre a gravidez e parto, bem como a experiências ruins de partos anteriores, causando medo durante a gestação, principalmente à medida que se aproximava o momento de um novo parto.

Na segunda mensuração da ansiedade-estado, o resultado, para o grupo controle, foi de 37,9; o que caracteriza uma pontuação de ansiedade baixa, porém com um aumento de 3,9 pontos em relação à primeira mensuração; tal fato permite supor que, se tivesse sido realizada outra mensuração, obter-se-iam pontuações maiores, que expressariam ansiedade média ou alta neste grupo.

Para o grupo de estudo, a situação foi inversa. Na segunda mensuração, obtiveram uma pontuação de 34,1, situando em estado de baixa ansiedade, com diferença de 6,2 pontos em relação à primeira.

Partindo do pressuposto de que todas as mulheres, durante a gravidez, têm algum tipo de ansiedade e que, à medida que a gravidez evolui, este sentimento também aumenta, os resultados obtidos permitem inferir que a educação pode influir, de forma positiva, para reduzir a ansiedade. Ao contrário, no grupo que não participou do programa, nota-se que a ansiedade aumentou na medida em que se aproximava o momento do parto.

Os resultados obtidos a partir da análise do inventário videnciam a necessidade de novas pesquisas para avaliar a influencia da preparação para o parto nos indicadores de ansiedade.

Devido ao pequeno número de participantes do estudo não foi possível a realização de testes estatísticos. Assim, na tabela 4, somente descrevemos os resultados encontrados.

Tabela 4- Comparação da ansiedade-traço e ansiedade-estado durante a gravidez dos grupos controle e de estudo. México, 2007.

Inventario de ansiedad	Grupo controle (pontuação)	Grupo de estudo (pontuação)
Ansiedade-traço	36,8	41,77
Ansiedade-estado (primeira mensuração)	34,0	40,33
Ansiedade-estado (segunda mensuração)	37,9	34,11

Fonte: Inventário de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado.

De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que o grupo controle iniciou com uma baixa ansiedade, com tendência ao aumento; para o grupo de estudo, a ansiedade diminuiu de média para baixa. Nesse sentido, pode-se inferir que programas desta natureza proporcionam à mulher os recursos para enfrentar esta ansiedade durante a gravidez e parto.

Finalmente, os resultados obtidos são semelhantes aos encontrados por Delabra e López (2006), em um estudo que realizaram com o objetivo de determinar a relação entre o preparo para o parto, preocupações a respeito do mesmo e ansiedade nas gestantes. Os autores demonstraram que, quanto maior a preparação para o parto, menor o estado de ansiedade, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo. Os dados obtidos em relação ao estado de ansiedade foram um ponto de partida para o programa educativo que permitiu mensurar os resultados alcançados pelo mesmo.

4.4 AS MULHERES PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO

Apresentamos, a seguir, uma descrição das mulheres que participaram do programa de educação.

Entrevistada nº 1

A entrevistada nº 1 tem 31 anos, é casada e concluiu o ensino secundário. É dona de casa e a renda familiar média corresponde a um valor acima de dois mil pesos e inferior a quatro mil pesos mensais. Tem casa própria. Essa é sua segunda gestação, sendo que solicitou participar devido ao fato de que, durante sua primeira

gravidez, teve uma má experiência do parto e, por esse motivo, tinha muito medo de chegar ao final da gravidez e enfrentar novamente a situação. Compareceu a sete sessões, durante as quais esclareceu dúvidas e realizou as atividades propostas. Não concluiu a preparação devido ao nascimento de sua filha por parto normal.

A entrevista realizou-se durante as primeiras horas do puerpério, no hospital onde foi atendida. Mostrava-se nervosa, mas feliz, amamentando seu bebê, na companhia de sua sogra.

Entrevistada nº 2

Ela tem 22 anos, é casada, funcionária de uma indústria de confecção. Concluiu o ensino primário. Sua renda familiar é média e vive na casa de seus sogros. Tratava-se de sua primeira gravidez, tendo comparecido a seis sessões, durante as quais participou ativamente, apesar de sua natureza reservada. Perguntava para esclarecer suas dúvidas e realizava os exercícios tal como lhe eram ensinados. Desejava ter um parto normal, mas foi realizada cesárea pelo fato de ter havido início de sofrimento fetal e também porque se encontrava com trabalho de parto induzido.

A entrevista foi realizada no hospital, em um quarto compartilhado com mais duas mulheres, em um clima agradável, em seu primeiro dia pós-cesárea. Mostrou-se decepcionada por não ter experienciado o parto normal e também pela ausência de um familiar acompanhante ao seu lado, considerando que isto era proibido pelas normas hospitalares.

A cesárea realizou-se em outro hospital, diferente daquele onde foi feita a preparação e que ela havia escolhido para seu parto.

Entrevistada nº 3

Mulher de 20 anos, é casada, dedica-se ao lar e concluiu seus estudos de ensino preparatório. Sua renda familiar é média e vive na casa de seus sogros. Foi sua primeira gravidez, tendo comparecido a oito sessões, durante as quais, destacou-se por ser a mais entusiasmada, disposta e participativa. Nunca deixou de realizar as práticas de exercícios e respiração. Iniciou o trabalho de parto, mas, infelizmente, foi realizada a cesárea porque houve sofrimento fetal agudo, com seis centímetros de dilatação.

Durante a entrevista realizada no hospital, mostrou-se tranqüila e cordial, compartilhando o quarto com outras duas mulheres. Mencionou que se sentiu tranqüila porque a preparação também havia incluído o tema da cesárea.

Entrevistada nº 4

A entrevistada tem 28 anos, é casada, concluiu o ensino preparatório e trabalha como supervisora em uma indústria. Sua renda familiar é considerada média e vive na casa de seus sogros. É secundigesta, com antecedente de parto difícil. Solicitou participar do programa por não ter ficado satisfeita com seu parto anterior e, diante da proposta inovadora, considerou uma oportunidade de aprender coisas novas. Compareceu a sete sessões, nas quais se mostrou interessada, tendo praticado as técnicas, esclarecido suas dúvidas e compartilhado com suas companheiras, sua experiência anterior.

Foi encaminhada a outra clínica para uma avaliação fetal, detectando-se, nesse momento, a elevação da pressão arterial, motivo pelo qual foi hospitalizada e programada a cesárea por apresentar pré-eclâmpsia severa.

A entrevista foi realizada em sua casa, após a alta hospitalar. Relatou que tudo transcorreu rapidamente, mas, mantivera-se tranqüila, considerando que, durante o curso, fora abordado o tema da cesárea e discutida a pré-eclâmpsia.

Entrevistada nº 5

Esta mulher tem 24 anos, é casada, dona-de-casa e concluiu seus estudos de ensino primário. Sua renda familiar é considerada baixa, inferior a dois mil pesos mensais. Reside com seus sogros. É primigesta, entusiasmada com a idéia de preparar-se para o parto. Compareceu a oito sessões, nas quais esclareceu suas dúvidas e participou de todas as atividades. Ao realizar uma ultrasonografia para controle pré-natal, foi detectado sofrimento fetal agudo e, por isso, foi realizada a cesárea de urgência. O recém-nascido foi prematuro e necessitou de duas semanas de incubadora.

A entrevista foi realizada em sua casa, posteriormente à recuperação do recém-nascido. Ao relatar sua experiência, enfatizou que se manteve tranqüila e colaborou com a equipe de saúde.

Entrevistada nº 6

A entrevistada tem 32 anos, é casada e trabalha como recepcionista em uma indústria. Concluiu o ensino secundário, tem casa própria e sua renda familiar mensal é considerada média. É secundigesta e solicitou participar do curso para preparar-se de forma que a gravidez caminhasse para o parto normal, uma vez que o anterior havia sido por cesárea, devido ao feto estar em posição transversa. Compareceu a sete sessões, fazendo comentários, esclarecendo dúvidas e, durante todo o tempo, mostrou-se receosa de uma nova cesárea. Infelizmente, repetiu-se a situação da primeira gestação (feto transverso) e, portanto, programou-se, novamente, uma cesárea, a qual foi realizada em outro hospital, diferente daquele onde havia sido realizado o curso.

Durante a entrevista, ainda no hospital, referiu que teve uma experiência ruim com a atitude da equipe médica que a atendeu, causando-lhe muito estresse, situação que ela procurou controlar com as técnicas de relaxamento e de respiração.

Entrevistada nº 7

Mulher de 21 anos, casada, dona-de-casa, reside com seus sogros em uma área distante, localizada a 30 km do hospital. Tem o ensino primário completo e sua renda familiar é baixa. É primigesta e participou apenas de quatro sessões, dada a dificuldade para deslocar-se ao hospital. Durante as sessões, permanecia sempre calada, atenta ao que era dito e feito, mas quieta. Realizava suas rotinas e só sorria quando algo lhe era perguntado. Sua filha nasceu por parto normal.

Durante a entrevista, realizada no hospital, encontrava-se amamentando o seu bebê e, emocionada, mencionou que a equipe médica a elogiou por sua participação durante o nascimento de sua filha.

Entrevistada nº 8

Ela tem 20 anos, casada, dedicada aos trabalhos de casa. Concluiu o ensino secundário, reside na casa de seus sogros e sua renda mensal é baixa. Tratava-se de sua primeira gravidez. Participou de oito sessões, chegava sempre pontualmente e mostrava-se atenta a tudo o que era dito. Não se expressava perante todos, mas, ao final das sessões, aproximava-se do pesquisador para esclarecer suas dúvidas. Para a prática dos exercícios de respiração e relaxamento, alegava motivos para não realizá-los. Durante a gestação, mostrou-se muito apreensiva e, por qualquer

sintomatologia, por mais insignificante que fosse, procurava de imediato o serviço de urgência. A equipe de serviço já a conhecia. Sua filha nasceu por parto normal.

A entrevista ocorreu no puerpério imediato, em seu quarto no hospital, com uma recepção alegre. Mostrou-se constrangida por não ter utilizado as técnicas de respiração e relaxamento durante o trabalho de parto.

Entrevistada nº 9

A entrevistada tem 24 anos, é casada, dedicada ao lar, reside com seus sogros, concluiu o ensino preparatório. Sua renda familiar é média. Tratava-se de sua segunda gravidez, mas solicitou participar por ter o antecedente de um parto muito doloroso. Participou de nove sessões, sendo que, em todas elas, foi muito participativa, apoiando as companheiras, dando-lhes conselhos e realizando todas as atividades indicadas, mesmo quando sua família aconselhava o contrário, por considerar que “estas coisas modernas” poderiam colocar em risco a vida do bebê. Seu filho nasceu de parto normal.

Quando iniciou-se o trabalho de parto, não pode ser encaminhada ao hospital onde fez a preparação, dada às condições climáticas (furacão Dean) que atingiu o Estado. Assim, teve que procurar por um hospital mais próximo de seu domicílio. A entrevista realizou-se em sua casa.

4.5 AS VIVÊNCIAS DAS MULHERES

Ao iniciar a preparação, todas as mulheres que participaram do programa de preparação para o parto tinham a expectativa de um parto normal, mesmo quando a informação dada por seus familiares centrava-se, principalmente, na dor advinda deste processo. Este foi um dos motivos pelos quais decidiram participar do programa de educação para o parto, acreditando que este poderia oferecer uma alternativa para que seu parto fosse diferente.

A OMS (1996, p. 7) define o parto normal:

Como aquele que tem um início espontâneo, baixo risco no início do parto, assim mantendo-se até o nascimento. A criança nasce espontaneamente, em posição cefálica, entre a 37 a 42 semanas. Após o nascimento, tanto a mãe como a criança encontram-se em boas condições.

Com a finalidade de conhecer o que estas mulheres vivenciaram durante o trabalho de parto e parto, foram analisados os discursos obtidos durante a entrevista, a partir das unidades temáticas e categorias: preparação para o parto, vivências no hospital e influências para o preparo da mulher.

4.5.1 PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Identificamos que a participação da mulher neste tipo de programa possibilita preparar seu corpo, tanto física quanto psicologicamente, para enfrentar as diversas etapas do trabalho de parto, proporcionando-lhe informação e estratégias úteis.

O sentir da mulher durante a preparação para o parto teve diversos significados, sendo que o mais importante permitiu identificar os benefícios deste programa, desde o início do trabalho de parto, durante sua evolução na sala de parto e no centro cirúrgico.

A. Momento de convivência, motivação e aprendizagem

Para estas mulheres, cada encontro teve diferentes significados; algumas consideraram que foi um espaço para conviver com pessoas que se encontravam na mesma situação e com as mesmas inquietações, o que lhes permitiu trocar experiências e esclarecer dúvidas sobre os temas que as preocupavam. Algumas falas sobre o que representou para elas participarem do curso de educação para o parto, encontram-se abaixo⁶:

“A parte de compartir con las demás compañeras, contigo y las demás que estuvieron, aprendí algo que no sabía” (2)

“Pero prepararme si fue una gran experiencia, convivir con otras personas que tienen las mismas dudas y que nos las aclararon” (3)

“Conocer otras mujeres que tenían las mismas dudas e inquietudes que yo, compartimos entre todas y nos contábamos lo que nos pasaba, nos reíamos y pasamos la tarde bien, yo sentí que no era la única que sentía tanto malestar por el embarazo” (8)

⁶ Optamos por manter as falas no idioma original, por considerar que seria mais fiel ao discurso originário.

Em relação a isso, Szejer e Stewart (2002) e Redondo (2004) consideram que estas sessões de educação para o parto proporcionam oportunidades de realizar trocas positivas, permitindo que a mulher se sinta apoiada pelo grupo e possa dialogar com a coordenadora, encontrando as respostas para os temas que a angustiam. Também podem fazer trocas com outras mulheres sobre situações que as preocupam, em um contexto de solidariedade mútua, considerando que todas estão na mesma situação de gravidez.

A educação para o parto deve ser uma maneira de informar sobre a gravidez, o trabalho de parto e parto, de forma que a mulher seja uma participante ativa desse processo (COUTO, 2006).

O processo educativo, segundo Álvarez (2002), tem como objetivo principal obter uma mudança na postura de uma pessoa, com relação à aceitação de um determinado procedimento. Para tanto, é necessário motivar a pessoa sobre os benefícios de sua aplicação. Nesse sentido, a motivação é uma forma de despertar o interesse já que se trata de um impulso que inicia, guia e mantém até o alcance da meta ou do objetivo desejado. É um passo anterior à mudança de conduta, permitindo que a pessoa seja mais receptiva às orientações que recebe, mantenha a calma e participe de seu cuidado. Vejamos esta fala:

“Me motivo a muchas cosas, ya sabía como era la cesárea, que te iban a hacer, no estaba asustada de saber que me iban a hacer cesárea, todo lo que nos dijiste en la plática me ayudó bastante” (4)

A educação para a saúde constitui-se em um processo de ensino-aprendizagem e promove a participação ativa do receptor (ALVAREZ, 2002); no caso do presente estudo, as mulheres que se prepararam para o parto procuraram adquirir novos conhecimentos e aplicá-los durante o trabalho de parto. Isto está expresso em suas falas:

“con las clases ya sabía yo que hacer, que actitud tomar con los dolores, cuando vienen las contracciones” (1)

“conoces lo que pasa en el cuerpo de una mujer embarazada, a lo que nos vamos a enfrentar y a utilizar la respiración y relajación, no solo durante el embarazo, sino en cualquier situación” (6)

“Aprender a controlarme, para no desesperarme, para que todo salga bien, y gracias a Dios que me dio su bendición” (7)

A preparação não se centra somente no parto normal, mas inclui o tema da cesárea, possibilitando à mulher a oportunidade de expor suas dúvidas, temores e inquietações, relativos a esse procedimento, ensinando-a como participar deste processo e os cuidados posteriores. Esse conhecimento proporcionou segurança, conforme expressam suas falas:

“yo nunca me imaginé que una cesárea iba a ser así; aun cuando vimos el tema y sabía lo que pasaría” (2)

“Además, no nada mas nos prepararon para el parto sino también para la cesárea, y ya sabíamos, nos habían dicho como era el parto normal, y desgraciadamente no llegue a eso, igual y nos dijeron y no nada mas se enfocaron al parto normal, sino que también nos explicaron de la cesárea” (3)

“te explican muchas cosas, te dicen como va hacer la cesárea, te explican que te van hacer, que le van a hacer a tu bebé, todo eso, te preparan para eso, para mi esta bien, cuando te dicen que va a ser cesárea ya sabes lo que vas a hacer, eso es lo que pienso” (4)

O importante é que as mulheres identificaram que, nem sempre o que se diz em família, pela experiência do parto de outras mulheres, é verdade absoluta. Cada uma deve ter sua própria vivência e não se privar da oportunidade de buscar novas alternativas, mesmo quando já tiveram um parto prévio. Por meio da preparação, conseguiram mudanças em sua forma de pensar, sentir, perceber as coisas, modificando, assim, sua postura em relação ao parto.

Nesse sentido, Bessa (2002) enfatiza a importância das ações educativas para o parto, desde a perspectiva de mudanças no comportamento que proporcionem à parturiente um papel de protagonista, deixando de ser um objeto do processo de parto, tornando-se, portanto, sujeito de mudança de sua própria realidade. Atentemos para as falas:

“aprendes muchas cosas, por ejemplo hay cosas que realmente desconocía y ya como que mas entiendes, ya no estas mas tapada ni cerrada, como que ya no crees que todo lo que te diga tu familia es verdad” (5)

“cuando vas a un curso, pues ya te informas un poquito mas, ya no vas sin ese conocimiento de que va a pasar, yo creo así que mi primera experiencia no me dijeron nada, yo sentía dolor y yo gritaba, pero esta vez no, lo hice como ustedes me dijeron” (9)

Finalmente, ao constatar os benefícios que tiveram ao prepararem-se para o parto, as mulheres sugerem que estes cursos sejam implementados como parte dos serviços que os hospitais proporcionam durante o atendimento pré-natal.

“es importante que se den este tipo de cursos para las pacientes, es muy bueno porque, por ejemplo para mi ahora que ya tenemos uno (hijo) sería bonito volver a revivirlo, a mí me ayudo y me gusto, me gusto mucho” (5)

“este tipo de cursos si sirve, y deberían ponerlo en práctica en muchos hospitales más, porque a veces uno no sabe, entonces te ayuda mucho” (9)

Podemos afirmar, de acordo com Bessa (2004), que a educação para o parto é uma possibilidade de troca de experiências e saberes que privilegia as relações interpessoais entre a gestante/família/profissional de saúde, a conquista da cidadania, o compromisso com o bem estar e com a qualidade de vida, o enfrentamento da realidade e, nesta perspectiva, a humanização do cuidado aos seres humanos.

B. BENEFÍCIOS DO CURSO

Tudo o que favorece uma mudança positiva de postura pode ser considerado como um benefício para a pessoa. A literatura menciona que os cursos de preparação para o parto trazem muitos benefícios para a mulher, seu companheiro e ao filho que esperam.

Neste estudo, destacamos a importância de dar oportunidade à mulher para descrever sua vivência neste processo e descobrir os benefícios para ela, tendo sido possível ainda compará-la com experiências anteriores. A fala abaixo permite esta apreensão:

“Si vale la pena, fue algo provechoso, creo que sentí cambios en relación a mi parto anterior... ayuda mucho, sobretudo lo de la relajación, tienes que concentrarte en algo para no sentir tanto el dolor... pienso que es necesario concentrarse en algo para que el dolor no sea tan fuerte, porque no se te va a quitar, pero si ya no lo sientes tan así, fuerte como es....y lo del parto, en el parto igual eso de no pujar con la garganta porque la verdad no te ayuda nada, lo contrario hace que sea mas prolongado, mas doloroso” (1)

Durante o curso, a mulher tem a oportunidade de aprender vários tipos de respiração que irão ajudá-la nas diferentes fases do trabalho de parto, permitindo o

relaxamento. Além disso, durante as exposições teóricas, é possível esclarecer dúvidas e temores, adquirindo conhecimentos que trazem confiança e tranquilidade.

“Los ejercicios igual te ayudan bastante y las clases también, o sea todo va unido...lo que más me ayudo, la relajación, la respiración, y como pujar” (1)

“siento que mas que nada, lo de la respiración, sobretodo cuando tienes dolor” (2)

“si me sirvió de mucho porque estaba yo tranquila, aunque me venían los dolores y sentía que me iba a morir, respiraba metía el aire por la nariz y lo sacaba por la boca... respirar fuerte y luego soltar el aire, me sirvió bastante aunque haya sido cesárea, pude a aguantar los dolores al principio, y creo que si hubiera sido parto normal hubiera podido aguantarlo” (3)

As mulheres identificaram a utilidade das técnicas de relaxamento e respiração, sendo que mesmo as que não tiveram parto normal, também as empregaram.

“cuando me dijeron que iba a ser cesárea, si me ayudo bastante eso de la respiración profunda para tranquilizarme” (4)

Os conhecimentos que se adquirem permanecem presentes na vida da pessoa, promovendo mudanças na forma de, sentir, perceber as coisas, permitindo a adaptação ao meio circundante, de forma segura e autônoma. Assim, algumas mulheres puderam recordar e aplicar o que aprenderam durante a preparação para o parto, conforme observa-se nas falas:

“recordé algunas cosas que habíamos visto en las clases, por ejemplo eso de la raquia, lo del parto, lo de empuje... al principio no se me acordó, pero ya después se me empezó acordar que te ponen las inyecciones, que te ponen todo, te rasuran, te vendan y todo eso y ya se me empezó a acordar y ya me empecé a relajar” (5)

“me dejaron un rato esperando para que me metieran, estaba nerviosa porque ya sabía lo que iba a sentir, pero en ese momento me acorde y pensé debo concentrarme, debo concentrarme, entonces empecé a respirar profundamente y a relajarme para que yo entre tranquila al quirófano, y ya dije no puede ser tengo que concentrarme para tranquilizarme porque estaba temblando de lo nerviosa que estaba, entonces empecé a respirar y a relajarme, a respirar y a relajarme, ya para cuando entre ya estaba tranquila” (6)

Além disso, puderam identificar o benefício da educação para o parto para elas e também para o bebê.

“de hecho yo no tenía ganas de tener otro bebé, me acuerdo del dolor cuando mi hijo, el primero, tres días tenía dolor, pero yo no sabía, esta vez el dolor fue diferente... venía yo mas informada y mas preparada, esta vez viví y sentí mi parto mejor, aunque si por momentitos sentí ganas de desesperarme, pero empecé, a respirar bien por mi bebé, porque luego tienen sufrimiento fetal cuando se desesperan, mas con la presión que hacen las contracciones, ellos están sufriendo” (9)

Portanto, de acordo com Gavenski (1987), a preparação integral da paciente, tanto física como psíquica, permite chegar ao parto conhecendo todas as suas implicações normais, com um mínimo de temor e com melhores condições físicas.

- **Início do trabalho de parto: o momento de ir para o hospital**

O trabalho de parto tem três períodos - apagamento e dilatação do colo uterino, expulsão e nascimento e, em cada um deles, a mulher experiencia diferentes sensações que abrangem, desde o início inesperado até a evolução progressiva, com a presença de contrações que aumentam em frequência e intensidade, com uma duração que não é possível prever.

A educação para o parto prepara a mulher para que possa identificar o início do trabalho de parto, perceber quando as contrações tornam-se regulares, quais estratégias pode utilizar para tolerá-las e avaliar qual é o momento oportuno para encaminhar-se ao hospital.

“Cuando es un parto real, al comenzar a caminar aumentan los dolores y me puse a caminar para ver que pasaba, al principio sentía que no era tanto trabajo de parto, ya me venían las contracciones en tiempos largos y después ya me venían así seguiditos, y vine para que me ingresaran porque ya me empezaron a venir seguiditos, y dije ya voy a empezar con mi trabajo de parto, y entonces vine a ingresarme mas que nada por que era de noche, y si me espero mas tarde me va acostar mas trabajo trasladarme al hospital” (1)

“si aun no me arreciaba el dolor que voy a hacer al hospital, mejor me puse a caminar, toda la noche estuve caminando, me dio un poquito de dolor y estuve caminando, respiraba; me dice mi suegra, que te pasa, nada le dije y seguía caminando, hasta que sentí que las contracciones fueron mas fuertes y seguidas, entonces dije ya estoy en trabajo de parto” (9)

Tal pensamento reforça as opiniões de Lauzon e Hodnett (2006), que consideram que, às vezes é difícil determinar quando se inicia o trabalho de parto ativo; um diagnóstico falso pode ocasionar múltiplas visitas ao hospital, gerando, além da frustração e desconforto para a mulher, redução da confiança nos médicos

e, ainda, aumento de custos adicionais. Por tudo isso, a educação pré-natal é importante de forma a aumentar a confiança, reduzir a ansiedade e prover condições para que possam reconhecer o início ativo do trabalho de parto.

- **Durante o trabalho de parto: atitude diante da dor**

De geração em geração, as mulheres se referem à contração como dor, durante o trabalho de parto. Mesmo após participarem da preparação para o parto, permanecem denominando-a assim, mas com a diferença de que agora sabem que, com cada contração, o útero vai se dilatando para permitir a saída do bebê. No início, são leves, toleráveis, mas, conforme o trabalho de parto vai evoluindo, vão tornando-se mais freqüentes, mais fortes. É neste momento que a mulher deve manter a calma, utilizando as estratégias de enfrentamento como são as de respiração e relaxamento que aprendeu. Para este primeiro momento, recomenda-se também deambulação.

Segundo a Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, durante o trabalho de parto normal deve-se propiciar a deambulação alternada com repouso na posição sentada e decúbito lateral para facilitar o trabalho de parto, respeitando as posições que a gestante deseje utilizar, desde que não exista contra indicação médica.

Como podemos observar na fala abaixo, a deambulação foi uma alternativa utilizada pela mulher para alívio da dor durante o trabalho de parto.

“en mi caso, cuando me venían los dolores lo que hacia era caminar, así sentía que se disminuía el dolor no lo sentía tanto” (1)

Avaliando a utilidade para a mulher, Mamede (2005) realizou um estudo, no qual um dos objetivos foi analisar a associação entre a deambulação e a duração da fase ativa do trabalho de parto. A autora identificou que a distância deambulada estava associada a um menor tempo de trabalho de parto. Assim, a cada 100 metros caminhados, houve uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda e 6, na terceira.

Desta forma, os resultados sugerem que, na elaboração de protocolos de cuidados à parturiente, deve-se enfatizar a importância da deambulação nas

primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, com a finalidade de diminuir sua duração, em benefício da mulher.

Outra estratégia utilizada pela mulher durante as contrações, foi a respiração profunda, que segundo Vellay (1993), permite que as mulheres mantenham a calma e uma boa oxigenação, tanto para ela como para o feto.

“cuando tenía dolor, respiraba profundo y sentía que se calmaba un poco, y cuando me volvía a dar me volvía a acordar y hacía lo mismo, así aguante hasta que me pasaron al quirófano” (2)

Segundo Almeida et al. (2005), quando são utilizadas técnicas de respiração e relaxamento, durante o trabalho de parto, ainda que não se reduza a intensidade da dor, permite que a mulher mantenha um baixo nível de ansiedade por um maior período, principalmente nas fases latente e ativa do trabalho de parto.

O relaxamento objetiva diminuir a tensão neuromuscular no período de dilatação; por meio de uma mente descansada, é possível o controle muscular (GAVENSKY, 1987).

Em estudo realizado por Hurtado et al. (2003), foi demonstrado que o emprego conjunto de relaxamento e respiração profunda é a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelas mulheres para o controle do desconforto psicossomático (medo, ansiedade, descontrole e dor excessiva do parto). Vejamos as falas:

“me ayudo en parte a estar relajada cuando me venían las contracciones... lo que mas me ayudo fue la respiración y la relajación, mas que nada el respirar, porque cuando venían las contracciones respiraba fuerte y después cuando sentía que se iban soltaba el aire y así, pero cuando venían mas rápido, sentía ganas de respirar mas rápido pero como tu nos decías que la respiración de jadeo no era tan buena en ese momento, trataba de respirar tranquila, aunque vinieran los dolores rápidos, siento que me sirvió mucho respirar” (3)

“desde que me ingresaron para que no sintiera mucho el dolor tenía que respirar, metía aire por la nariz y la sacaba por la boca, y sentía alivio mas o menos del dolor” (7)

“en los momentos cuando venía la contracción, agarraba aire y me agarraba a la cama un poco y hasta que había pasado soltaba el aire lentamente... y en muchos momentos me acorde, recordaba sobre la presión pélvica, y tomaba aire y lo soltaba” (9)

A utilização destas estratégias favoreceu o autocontrole durante o trabalho de parto.

- **Na sala de parto: relaxamento, respiração e esforço**

Nos hospitais, é comum o encaminhamento da mulher para a sala de parto, quando inicia o segundo período do trabalho de parto. Ela vai para a sala com 10 centímetros de dilatação e 100% de apagamento do colo uterino. Este é o momento de esforçar-se para ajudar no nascimento.

A importância de saber como “fazer força” implica na rapidez com que o bebê nascerá, no tempo que perdurará o período expulsivo, evitando, assim, o cansaço da mulher.

“En el momento de estar en la sala de parto, hubo un momento en que empecé a pujar con la garganta, y la doctora me dijo puja, pero puja aquí en el abdomen no en la garganta y ahí reaccione y empecé a hacerlo así hacia el piso pélvico, y sentí que es más rápido que hacerlo por la garganta, hay que saber como pujar” (1)

“lo único que pude hacer es pujar como nos dijeron, me daba pena que el doctor me viera y cerraba las piernas, pero ya después empecé a sentir frío cuando me echaron agua, y entonces sentí ganas de pujar y empecé a pujar con la garganta y el doctor me dijo que así no estaba bien, entonces recordé como nos enseñaron y ya pude pujar bien, rapidito nació mi bebé” (8)

Quando termina a dilatação, as contrações mudam de natureza e surge um reflexo absoluto no útero, que é o desejo de fazer força. A expulsão está começando e a mulher deve usar, então, as forças disponíveis para vencer a resistência final e ajudar o útero a expulsar seu bebê (VELLAY, 1980). Fazer força é um reflexo impossível de se deter, irreversível (GAVENSKI, 1987), devido ao fato do saco amniótico ou da cabeça do feto caminharem por meio da dilatação da cérvix, pressionando o reto (OMS, 1996).

“me llevaron a la sala de expulsión y ya la doctora se iba, me revisó y ya tenía 8 de dilatación, entonces me llevaron a la sala de labor... cuando dije que tenía ganas de pujar, se asusto la doctora y me dice no puede ser señora, si todavía le falta, y le digo es verdad tengo muchas ganas de pujar, estaba agarrada a la orilla de la cama y me dice que no pujara, me revisa y dice, es verdad, y ni en cinco minutos nació mi bebé, no hubo desesperación ni nada, cuando dijo salir, de una vez, dio un grito, rapidito” (9)

A OMS (1996) considera que, se o emprego de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e ansiedade durante o parto, entre eles, as técnicas de relaxamento e respiração, são inofensivos e, se a mulher experimenta alívio com eles, seu emprego está mais do que justificado.

4.5.2 VIVÊNCIAS NO HOSPITAL

O hospital representa o espaço físico onde a mulher é encaminhada para ter seu filho. Nem sempre é o local selecionado por ela desde o início da gravidez e onde se preparou. Alguns fatores como o dia em que se iniciou o trabalho de parto (sábado ou domingo), a hora ou a localização do hospital (algumas residem em áreas próximas ao hospital, mas de difícil acesso à noite) e, principalmente, a presença de alguma complicação materna ou fetal quando procuram o atendimento obstétrico, influenciam no local de nascimento. Algumas mulheres tiveram que optar por outro hospital que disponibilizava os recursos que elas necessitavam. Todos, sem dúvida, têm o mesmo sistema de atendimento e procedimentos hospitalares.

Esta categoria descreve o que vivencia a mulher ao ingressar no hospital, considerando todas as mudanças fisiológicas, as necessidades psicológicas e afetivas, entre elas, a de companhia e apoio. Destacam-se ainda as dificuldades enfrentadas pelas gestantes para aplicarem o que aprenderam durante a preparação, sendo que, para algumas delas a cesárea foi a única opção para o nascimento.

A. Necesidade de companhia e ajuda

A solidão que uma mulher pode sentir não se refere somente a estar só em uma sala, mas também que, embora esteja a sala repleta de mulheres, do pessoal de saúde, médicos, enfermeiras, muitas vezes, nenhuma destas pessoas aproxima-se para estar com ela. Días e Deslandes (2006) lembram que, quando um membro da equipe de saúde estabelece algum vínculo com a parturiente, ela sente-se acolhida e cuidada, mesmo que esse pessoal não permaneça todo o tempo junto a ela. Isso revela que a mulher deseja sentir que há alguém ao seu redor, alguém a quem possa requerer em caso de necessidade, cuidando dela e de seu filho. As

mulheres que participaram desse estudo perceberam essa sensação de solidão e falta de apoio por parte da equipe de saúde.

“...ya que estaba sola, y en la noche se hacia un poquito difícil realizar las cosas... habían personas que estaban aquí, enfermeras, médicos y ninguna te apoya, te dejan sola” (1)

Segundo Gotardo (2003), o abandono noturno provoca um sentimento de vazio e desatenção, o qual pode gerar medo, ansiedade e insegurança que dificultam a adaptação no contexto hospitalar. Dessa forma, ainda que a mulher esteja preparada, sempre vai requerer o apoio e a companhia de alguém em que confie e possa lhe ser útil durante o parto, substituindo o pessoal de saúde, principalmente no que tange aos aspectos relacionados ao apoio emocional (STORTI, 2004).

Algumas mulheres desse estudo reconheceram a importância de um acompanhante com alternativa para não se sentirem sozinhas durante a hospitalização.

Outro benefício do apoio contínuo para a mulher pode ser analisado por meio de uma revisão sistemática, elaborada por Hodnett (2002), com a finalidade de avaliar os efeitos do apoio contínuo durante o trabalho de parto, proporcionado pela equipe de saúde ou qualquer outra pessoa (desde que seja uma mulher) para as mães e os recém-nascidos. Entre os resultados, observou-se redução da ocorrência do uso de medicação para dor, do número de nascimentos por cesárea e do índice de Apgar menor que sete, aos cinco minutos. Houve também uma ligeira redução na duração do trabalho de parto e não foram encontrados efeitos nocivos para as mães e recém-nascidos. Isso reafirma a importância do apoio contínuo. Nesse sentido, vejamos as falas:

“estando tu sola, tu sabes que tienes que hacer y en que momento hacerlo, pero no es lo mismo si estas con alguien, te ayudaría mas sobretodo si esa persona sabe que debes hacer en esos momentos, y se me hizo un poquito difícil porque estaba yo solita y mas que era en la noche, y como que si me hizo falta alguien, no para que me acompañara porque no estaba tan sola, pero para que me de un apoyo, para recordarme algo, para sugerirme que hacer” (1)

“estaba sola, me hubiera gustado que estuviera conmigo una persona que me ayudara, me diga que hacer, porque nadie te ayuda, nadie viene a verte, te dejan sola” (7)

A presença de uma pessoa de confiança, familiarizada com as técnicas de relaxamento e respiração, ajudam a mulher no momento em que ela se sente insegura ou não se lembra o que deve fazer. Segundo Reis e Patrício (2005), a presença do acompanhante (familiar ou amigo) pode ajudá-la não somente a relaxar, mas também contribui para que a assistência prestada seja mais humanizada.

“mas estaba sola y nadie me hacia caso... recordaba lo que debía hacer, pero no como hacerlo, quería hacerlo, pero no supe como, si estuviera alguien conmigo para recordarme como hacerlo, quizá hubiera podido” (8)

“estaba solita en una sala... habían varias señoras que estaban en la otra sala y gritaban bien feo, por momentos me daba así como ansiedad... y me quede solita no dejan que este tu esposo, tu suegra, alguien que me ayude, nada estas solita, digo mejor me controlo” (9)

Silva (2003) menciona que a mulher bem preparada tem uma postura tranqüila, serena, calma, segura e equilibrada, podendo apresentar episódios de descontrole, sendo momentâneos e facilmente controlados com o apoio de um membro da equipe ou do obstetra.

Por mais que a mulher se prepare, não há como prever qual será a evolução do trabalho de parto, o que pode fazer com que existam momentos de tensão e ansiedade. Porém, possui recursos para controlá-los, conforme ela mesma reconhece. Se houvesse alguém para apoiá-la, seria mais fácil retomar o controle da situação. Concordamos com Castro (2003), que considera que o acompanhante não deve ser considerado apenas como um direito da mulher, mas também, como uma contribuição para a equipe de saúde.

Vale a pena ressaltar que a presença do acompanhante no momento do parto é uma das estratégias estimuladas pela OMS para o alcance da Maternidade segura, o que não foi evidenciado neste estudo, tendo em vista que não é uma pratica adotada pelas instituições de saúde no País.

B. Barreiras para aplicar o aprendizado

Muitos fatores da burocracia hospitalar podem influenciar negativamente na possibilidade da mulher utilizar os recursos que aprendeu durante o preparo para o parto, entre eles, as rotinas hospitalares e a postura da equipe de saúde.

Nesse sentido, retomando o recomendado pela OMS (1996), a rotina, a presença de estranhos e o fato de ser deixada sozinha durante o trabalho de parto e o nascimento causam estresse, o qual pode interferir com o processo de parto, prolongando-o e desencadeando o que se denomina “cascata do intervencionismo”.

- **Rotinas hospitalares**

Nas últimas décadas tem se observado um grande desenvolvimento e utilização de práticas destinadas a iniciar, aumentar, acelerar, regularizar ou monitorizar o processo fisiológico do parto, com o propósito de melhorar esse processo para as mães e seus filhos, além de permitir a oportunidade de racionalização dos protocolos de trabalho de parto institucionalizado (OMS, 1996).

Ao longo dos anos, as instituições têm sido as responsáveis por padronizar as ações ou legalizar as rotinas construídas pelos profissionais; muitos desses, mesmo dispondo de competência técnica e autonomia legal para o desempenho da função de atender à parturiente, ficam privados desse direito ou dever, porque estão vinculados a uma rotina organizacional na qual a atitude de aceitação e passividade é aceita e, às vezes, exigida na orientação de decisões e ações na assistência à população (REIS; PATRICIO; 2005).

De acordo com a OMS (1996), a proposta para o cuidado à mulher durante o trabalho de parto e parto, deve buscar favorecer o parto e nascimento saudáveis, evitando interferir no processo natural. A excessão à essa recomendação requer a existência de uma razão procedente que justifique determinada medida. Nesse sentido, cabe salientar as falas das mulheres no que se refere à prescrição de jejum, procedimento esse comumente utilizado.

“ya me había desesperado, no buscaba como ponerme, a parte de que estaba en ayunas, desde ayer que me trajeron para el hospital no comí nada hasta hoy que vine a probar algo, pues ya el hambre me estaba matando” (2)

Considerando essas recomendações, oferecer líquidos via oral durante o parto é uma prática útil e que deveria ser promovida. Naturalmente que existem certas restrições; portanto, é necessário realizar uma avaliação prévia para determinar o risco, considerando que o medo de aspiração do conteúdo gástrico,

durante uma anestesia geral (Síndrome de Mendelson), permanece como justificativa para o jejum durante o parto.

Embora para muitas mulheres, o jejum prolongado durante o parto não represente problema algum, para outras, pode haver uma necessidade acentuada de ingestão de líquidos. Um parto requer uma grande quantidade de energia e, como sua duração não pode ser prevista, as fontes energéticas devem ser garantidas para o bem estar materno-fetal. Uma restrição severa de líquidos pode contribuir para uma desidratação e cetose, as quais podem ser prevenidas em um parto que evolua satisfatoriamente e sem risco, oferecendo líquidos orais e dietas brandas.

Outro procedimento de rotina nos hospitais é a instalação de um cateter para a infusão intravenosa de líquidos. Este cateter é colocado desde o momento em que a mulher é admitida e é retirado após seis horas do puerpério. Tal procedimento tem a finalidade de evitar os efeitos do jejum prolongado, principalmente a desidratação. Segundo a OMS (1996), as infusões intravenosas de rotina interferem no processo natural e restringem os movimentos da mulher. Além disso, a colocação de um cateter intravenoso profilático, de rotina, representa uma intervenção desnecessária. Por isso, essa organização as classifica em práticas que são prejudiciais ou ineficazes, devendo, portanto, serem eliminadas. Atentemos para a fala a seguir:

“en el área de urgencias, me inyectaron suero, no me entraba el catéter para el suero, me rebotaba, ya cuando me entró me dio vómito, me maree, vino rápido un enfermero y me lo quito, me pusieron entonces agua, así estuve, hasta la una me llevaron a la sala de hospitalización, ya de ahí puro suero, suero, suero... ya no quería el suero... y cuando me acosté me revisaron y me dijeron que ya tenía cinco y que ya había borramiento, y me pusieron otra bolsa de suero para 8 horas y me puse a llorar, ya me había fastidiado, y me dijeron no señora es que necesito ponerle suero y me pusieron aire, oxígeno” (9)

A condução do trabalho de parto com ocitocina e a rotura das membranas amnióticas são práticas hospitalares comuns e também ocorreram com essas mulheres, ainda que a norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993 estabeleça que não se deve aplicar, de forma rotineira, a indução e condução do trabalho de parto normal, nem a rotura artificial das membranas com o único motivo de acelerar o parto. Acresce-se que as mulheres consideram que, nesse caso, é mais difícil controlar as contrações, pois são mais fortes e dolorosas.

“y se rompió la fuente... que no tengo mucho líquido, tengo muy poco, por eso solo salía un poquito y así que tuvieron que romperlo para que saliera, después me pusieron una inyección en el suero para que me viniera el dolor, entonces empecé a sentir fuerte el dolor” (7)

No estudo realizado por Méndez e Cervera (2002), foi comparada a atenção ao parto normal nos sistemas hospitalar e tradicional. Os autores encontraram que a atenção hospitalar caracterizou-se pela realização da anamnese, dos exames laboratoriais e físicos no setor de admissão. Quando as mulheres foram encaminhadas à sala de pré-parto, foi entregue uma camisola do hospital e, a partir deste momento, permaneceram deitadas no leito. Foram realizados enema, tricotomia, infusão de fármacos por via parenteral e ocitócitos, anestesia epidural. Posteriormente, foram encaminhadas à sala de parto onde foram acomodadas na mesa cirúrgica, em posição de litotomia, fazendo-se assepsia da região perineal, episiotomia e, no pós-parto, revisão da placenta.

Ao analisar alguns resultados, esses autores concluíram que o sistema hospitalar apresentou um número significativamente maior de complicações maternas (23,8 %) que o sistema tradicional (20,2 %). As complicações mais freqüentes foram a laceração perineal e a infecção ou deiscência da episiotomia. Isto demonstra que estas complicações podem ser atribuídas ao manuseio inadequado e à utilização de técnicas médicas desnecessárias na assistência ao parto por via vaginal.

Concordamos com esses autores que o emprego indiscriminado da tecnologia médica, em algumas ocasiões, pode aumentar o risco de complicações maternas, além de onerar o serviço.

- **Atitude da equipe de saúde**

Segundo Gotardo (2003), o cuidado humano pressupõe uma diponibilidade interna para proteção, cuidado, respeito e amor para com o outro; esses requisitos são essenciais para a relação humana e podem auxiliar os profissionais de saúde a compreenderem a dimensão menos tecnicista das profissões, abrindo espaços para as posturas que consolidem a aproximação a cada ser humano.

Assim, o desempenho da mulher, a confiança e capacidade de enfrentar o trabalho de parto, podem aumentar ou diminuir diante da postura das pessoas que

proporcionam estes cuidados. Dessa forma, mesmo quando há segurança sobre o que fazer, em alguns momentos, a mulher percebe a necessidade de adotar uma atitude passiva e aceitar as indicações do pessoal de saúde, ciente que não encontrará benefício algum, considerando seu temor às represálias na atenção.

O poder de decisão e de controle da equipe, segundo Bessa (2002), leva muitas mulheres a calarem-se e aceitarem as indicações e normas estabelecidas. Isso sinaliza para o permitido e o proibido no contexto assistencial, o qual não valoriza o conhecimento e as experiências trazidas pelas mulheres.

“ya estando ingresada le dije a la doctora que quería caminar y dijo que no, que debía quedarme en la cama, así sentía que se me hacía un poco mas difícil controlar el dolor... sentí como que algo me faltaba, porque yo sabía que caminando me relajaba mas, que estando aquí acostada sin hacer nada” (1)

A comunicação é um processo de intercomunicação entre duas ou mais pessoas, na qual se transmite uma informação, desde um emissor que é capaz de codificá-la, segundo um código definido, até um receptor que decodifique a informação recebida. Isso permite à pessoa conhecer mais sobre si mesma, sobre os outros e sobre o meio exterior, mediante o intercâmbio de mensagens, principalmente lingüísticas, que possibilitam influenciar e ser influenciado pelas pessoas ao seu redor. Um ponto importante na comunicação é que ela pode ser verbal e não verbal, compreendendo um todo, onde os diferentes sentidos de percepção do homem atuam para decodificar e interpretar o escutado. Nesse sentido, os canais de comunicação têm um papel importante, assim como a disposição para transmitir as informações da melhor maneira de forma a serem entendidas corretamente.

Essa comunicação entre pessoal de saúde e parturiente é permeada por códigos, agravando ainda mais a já escassa informação disponibilizada pelos profissionais. Em relação ao tempo de espera para a cirurgia, a mulher pode interpretar, dependendo das atitudes, que sua cirurgia não é urgente ou tão importante quanto às das outras mulheres. Então, essa falta constante de informações leva a questionamentos de naturezas variadas. Um dos mais freqüentes diz respeito ao jejum. As mulheres se perguntam: por que permanecer neste estado?, considerando que não obtiveram uma explicação satisfatória. Observemos a fala:

“cuando vino el doctor le digo “y cuando me van a operar, porque si me operan más rápido, más rápido voy a comer algo, más rápido me voy a poner bien”, me dice “es que hay muchas urgencias, todavía no te toca” (2)

Além disso, as mulheres também enfrentam dificuldades com a postura do pessoal que, no lugar de consolo e apoio, a tratam com repressão, exigindo que realizem atividades para as quais não se sentem seguras. Isso torna-se mais grave, considerando que elas não obtiveram explicações; somente indicações. Reis e Patrício (2005) mencionam que, quando as mulheres manifestam desespero, os profissionais procuram obedecer rotinas, de forma a impedir e limitar suas participações, gerando perda da autonomia da parturiente que, passivamente, submete-se às prescrições dos profissionais:

“pero cuando ya no aguantaba mas el dolor me decía la enfermera “no te quejes, porque si te quejas, mas te duele”, es como ahora ya me hicieron que me levante a caminar, entonces empecé a respirar profundo, a relajarme, para que no me duela mucho” (2)

Acatar as decisões das pessoas é importante, principalmente se elas encontram-se conscientes das decisões que tomam, ainda que esta seja uma decisão equivocada. O importante é que as mulheres sejam responsáveis pelos resultados de seus atos. Não se pode obrigá-las a aceitarem as coisas e, tão pouco, que se decidam por elas. Cada pessoa tem a capacidade de perceber as coisas sob diferentes formas e, portanto, aceitar ou recusar, segundo sua ponderação.

Nesse sentido, há de se ressaltar o relato de uma mulher, comentando sobre o fato do pessoal médico querer seu consentimento para realização de um procedimento. Segundo ela, a insistência foi tão grande que gerou uma discussão. Apesar disso, ela recusou por tratar-se de algo sobre o qual ainda gostaria de refletir.

“estaba tranquila, pero después empezó a discutir la doctora conmigo y otra vez, porque quería que me ligara, pero le dije que no” (6)

As necessidades do pessoal de saúde e não as da mulher podem ser também um fator que influencia a evolução do trabalho de parto. Identificamos que um conjunto situações como o tempo de evolução do trabalho de parto, o horário do parto e as condições climáticas, causavam intranquilidade ao pessoal de saúde, que desejava que o processo finalizasse no menor tempo possível. Mas o parto é um

processo que tem seu próprio ritmo, seu próprio tempo. O pessoal médico que em outras ocasiões impediram que a mulher caminhasse, nesta situação estimularam a mulher caminhar.

“me dice la doctora “señora levántese y camine ver si dilata un poco mas, porque sino la vamos a operar, porque ya me voy, esta feo el tiempo y no la vamos a dejar así”, de ahí estuve caminando como una hora” (9)

A equipe de saúde e em certas ocasiões, também os familiares, pode influenciar no estado emocional da mulher, principalmente se tiverem concepções diferentes e quiserem que este ponto de vista seja adotado pela mulher. Vejamos a fala abaixo:

“hay personas como cuando me fui a ingresar mi suegra, como dice a la antigüita, haz así, haz así o te están regañando, y a veces molestan, te ponen nerviosa... y entonces llego mi suegra y me dice “puja, puja, puja, llora dice, que vean que tienes dolor para que te atiendan... y dice es que no debes hacer así (meter aire por la nariz), no ves que estas subiendo al niño cuando respiras, debes poner fuerza (pujar) para sacar al niño” (9)

A mulher pode reafirmar sua autonomia durante o trabalho de parto. O que deve ou não ser feito, atitudes a serem tomadas, interagir com outras mulheres, independentemente da equipe de saúde ao seu redor que nem sempre a apoia. Podemos afirmar que o aprendizado permitiu-lhes uma atitude mais ativa.

“Me acorde de lo que habíamos visto en las clases, cuando veía a las señoras y escuchaba que lloraban y gritaban, una se cayo de la cama donde estaba desesperada y las veía y digo no, me puede pasar lo mismo si me desespero, y así, se reía de mi un enfermero “donde vio eso usted señora”, en la tele le digo, fui a un curso también” (9)

Para melhorar as expectativas das mulheres sobre a qualidade da atenção, é necessário que os profissionais de saúde tenham um cuidado respeitoso e educado, escutando, com atenção, as necessidades das mesmas (DIAS; DESLANDES; 2006). No contexto do parto, segundo Reis e Patrício 2005, um simples cuidado como o escutar e demonstrar atenção, além de promover o bem-estar das pessoas envolvidas, fortalece os direitos da mulher em trabalho de parto e contribui para que ela se desenvolva enquanto sujeito de sua própria vida e da vida de seu filho. Esses cuidados conferem melhor qualidade à assistência e promovem a saúde integral das pessoas.

C. Quando o parto não é uma opção

Para a OMS (1996), o cuidado ao parto objetiva a mãe e a criança sadias, com o menor nível possível de intervenção; é preciso haver uma razão válida para que se interfira nesse processo natural. O encaminhamento da mulher a um nível de assistência mais complexo justifica-se somente no caso de fatores de risco ou de surgimento de complicações durante a evolução do trabalho de parto e parto. Nas situações em que a mulher, embora tenha se preparado, não possa ter um parto normal devido ao surgimento de problemas de saúde pertinentes a ela ou à criança, a detecção precoce permite que a cesárea seja a opção mais segura para ambos.

- **Quando o médico diz: cesárea**

A cesárea é uma incisão cirúrgica realizada no abdome e útero para o nascimento do bebê. É um procedimento muito temido pela mulher, dado os riscos que apresenta. A recuperação é mais lenta e os cuidados posteriores limitam o cuidado a seu filho. Além disso, quando imagina que o trabalho de parto esteja evoluindo favoravelmente, recebe a notícia da cesárea, o que pode ocasionar a perda de seu controle, principalmente, quando não vem acompanhada de informação suficiente, de acordo com as suas necessidades.

A mulher que, muitas vezes, julga que tudo transcorre bem, mas, ao realizar-se o toque vaginal, não são observadas modificações cervicais, resultando na indicação da cesárea, nem sempre recebe as informações adequadas. A ela, não são explicados os motivos, o que gera ansiedade, manifestada de várias formas, sendo que uma delas pode ser elevação da pressão arterial. Atentemos para a fala:

“cuando me dijeron que iba a ser cesárea me preocupe por eso se me subió la presión... me altere porque fue de repente, y cuando vino el doctor y me checo y me hizo el tacto, creo que vio que no iba a poder y escuche que diga “queda programada para cesárea” y no quería porque no sentía ningún dolor, sentía todo normal” (2)

Há aquelas que lamentam não ter tido parto normal, considerando que tiveram a opção de iniciar o trabalho de parto e, no seu decorrer, foi realizada a cesárea sem que soubessem o motivo.

“hubiera preferido que siguieran los dolores y que hubiera nacido por parto porque se siente feo que te estés preparando y que vayas casi a la mitad del camino para que sea normal y de repente te digan no, por motivos que solamente Dios decide no puedes seguir” (3)

A escassa informação proporcionada, ao dar-lhes a notícia da cesárea, pode provocar temores ou ansiedade, considerando que não compreendem o que, de fato, está ocorrendo; pensam ser algo grave, mas, ao mesmo tempo, refutam essa idéia, uma vez que esperam pelo dia seguinte para realização da cirurgia. Vejamos as falas:

“cuando me dijo el doctor que estaba muy alta mi presión, y se podía morir el bebé dentro de mí, me dijeron que de una vez que me iban a cortar y me internaron... al día siguiente me cortaron” (4)

“Cuando me dijeron que iba a ser cesárea, al principio me sentí tranquila, lo tome así tranquilamente, pero ya cuando entre al quirófano me dio un poco de miedo, pues no sabía bien porque” (5)

Szejer e Stewart (2002), também afirmam que, quando se informa à mulher que será realizada uma cesárea, tudo que ela percebe é que não terá um parto. A interpretação deste fato ocorre de diferentes modos, relacionados ao seu contexto pessoal, podendo ser algo tranquilizador ou frustrante.

Reafirma-se, assim, a importância da informação que é proporcionada à mulher e a sensibilidade da equipe que a informa, pois pode implicar em conflito com a confiança e influenciar em seu modo de agir. Dessa forma, uma das recomendações da OMS (1996) é possibilitar à mulher todas as informações e explicações que desejar.

- **Desilusão e aceitação**

Mesmo que a decisão da cesárea seja aceita pela mulher, haverá sempre um sentimento de frustração, considerando que nenhuma delas tinha a cesárea como primeira opção e, quando por alguma razão, isso não é possível, entendem e aceitam em benefício de seu filho.

“me hubiera gustado que todo fuera diferente, aplicar todo lo que aprendí, como todos esperábamos, pero uno nunca sabe... estaba con la idea de que iba a ser parto natural, lo esperábamos todos que fuera así, pero como no se pudo, eso me hizo poner un poco triste, de repente te dicen que va a ser cesárea, no te dieron la oportunidad de tener un parto natural, pero no era por mí, era por el bebé” (2)

Por outro lado, o sentimento antigo de respeitar as leis da natureza, como ter um parto normal, gera, nas mulheres que o conseguiram, um sentimento de dever cumprido. Mas, para aquelas que, por algum motivo apresentaram alteração, necessitando de uma cesárea, pode surgir um sentimento de culpa (SZEJER; STEWART, 2002).

“nunca me imagine que iba a ser cesárea, porque mi hijo ya estaba en posición para que naciera, me dolió que hubiera sido cesárea, porque en realidad no quería que fuera cesárea” (4)

Buscar culpas como uma alternativa para sentir-se bem, no sentido de que deram tudo de si e que mesmo assim não foi possível, faz com que recorram a Deus como o único com poder para decidir o destino.

“ya vez de todas maneras el bebe decidió nacer así, por cesárea... aunque al principio yo iba bien con lo de las dilataciones y todo eso y rápido, tranquilizándome y respirando y respirando, cuando me decían no pujes respira, y eso me ayudo bastante, pero todo fue por no haberme provocado el dolor mucho antes y tuvieron que cortarme y hacer que nazca esta chamaca, pero ni modo si Dios quiso que fuera así” (3)

O momento em que a cesárea é decidida pode gerar frustração, desilusão ou sensação de falha pessoal. Concordamos com Maldonado (1997) quando refere que a vivência da cesárea é variável; muitas mulheres experimentam frustração pela falta de participação ativa no nascimento de seu filho e, às vezes o experimentam como um vazio, uma perda brusca da continuidade entre o período que precede e o que se segue ao nascimento. Vejamos as falas:

“yo quería sentir realmente lo que es un parto, porque era primeriza, quería sentirlo por primera vez, que fuera natural, sin problemas, tenía la esperanza, y con todo lo que aprendí poder aplicarlo... hasta ahora hubiera preferido natural, porque ya experimente una cesárea y no me gustó... hubiese preferido que fuera natural” (5)

“Al principio me fue bien, este embarazo era deseado por los dos, así que me prepare desde antes, pero no me fue como esperaba, pero en fin me prepare, antes, un tiempo. No fue como yo esperaba, estaba nerviosa porque estaba discutiendo con la doctora, no estaba contenta estaba nerviosa... si en vez de cesárea hubiese sido un parto natural considero que si me encontraba preparada, de hecho le comente a la doctora que quería que mi parto fuera normal, que no fuera cesárea, que yo ya estaba preparada, y me contesto “ahí tu no decides, así que no vas a decidir como quieres que nazca, tu nada mas estas pensando en ti y no estas pensando en tu bebé”, creo que tiene razón” (6)

Para finalizar esta categoria, concordamos com Carrera (2000), o qual considera que o preparo é indispensável, inclusive quando há perspectiva de uma cesárea, considerando que o comportamento da parturiente permitirá reduzir a quantidade de anestésico, com benefícios para ela e o bebê.

4.5.3 INFLUÊNCIAS PARA O PREPARO DA MULHER

Nesta categoria, vamos analisar duas situações experienciadas por algumas mulheres na decisão de prepararem-se para o parto. A principal foi a experiência de um parto anterior, as lembranças que ficaram daquele momento. A outra situação, que se refere às opiniões dos familiares, muitas vezes contrárias à educação para o parto, pode representar um obstáculo. Algumas mulheres deixam-se levar pelo consenso familiar. No entanto, as mais determinadas, conseguem superar esta situação.

A. Experiência do parto anterior

Algumas mulheres não tinham lembranças agradáveis de seu parto anterior, mas puderam identificar o ocorrido no passado e isso lhes deu a segurança para enfrentar esse novo parto. Em seus relatos, surgem as comparações entre essas posturas, permitindo notar a influência que a educação para o parto exerceu sobre elas. Assim, concordamos com o que Szejer e Stewart (2002) quando mencionam o fato de que uma mulher bem preparada pode controlar, em grande parte, a dor e vivenciar seu parto de forma ativa e favorável. Esta preparação facilita o parto, considerando que evita esforços inúteis e melhora as condições para o trânsito do bebê. Eis algumas falas nesse sentido:

“si no lo hubiera tomado me hubiera ido igual o peor, como en el primero, porque ya había tenido una experiencia, ya sabía como son los dolores y pues iba estar no mas pensando en eso, con el pendiente de cómo son los dolores, de cómo me iba a doler... porque en mi parto anterior, me enfocaba mas al dolor, no buscaba que hacer, no sabía como respirar y ya en este ya sabía como hacerlo para no sentir tan fuerte los dolores y relajarme” (1)

“la primera vez aunque fue parto normal, estaba muy asustada, no sabía que hacer, que me iban a hacer, en cambio esta vez sí, ya sabía que me iban a hacer” (4)

“en comparación con mi otro parto, me fue mejor esta vez, no hubo tanta desesperación, me acuerdo que con el primero lloraba, me desesperaba, quería que me hicieran cesárea, pero esta vez que me dijeron que iba a ser cesárea lo pensé dos veces, y hasta dolor me dio” (9)

A certeza de querer experimentar um parto diferente do anterior, de poder ter uma experiência gratificante, constitui-se em um fator positivo para o preparo.

B. Atitude da família: desvalorizando o preparo para o parto

A influência dos padrões culturais pode ser muito importante para a sociedade, ainda mais em comunidades onde é comum ouvir os conselhos das pessoas mais experientes. Considerando que a maioria dessas mulheres reside com seus sogros, a opinião da sogra reveste-se de um papel muito importante na tomada de decisão.

Há também pessoas que consideram que ter um filho necessita ser um processo doloroso, porque assim está escrito na Bíblia. Dessa forma, parece natural “pagar” pelo privilégio de ser mãe e entendem que isso é necessário para sentirem amor pelo filho (CARRERA, 2000). Retomando o que diz Gavensky (1987) sobre o assunto, por meio de sucessivas gerações de mães e filhas, a mulher é educada segundo o conceito de que o parto deve ser inevitavelmente doloroso e que a maior das dores é aquela referente ao nascimento de seus filhos.

Assim, essas pessoas tentam, por todos os meios, persuadir a mulher, inculcando-lhe a idéia de que assistir a esse tipo de curso não é uma obrigação e, ao mesmo tempo, responsabilizam-nas por colocar em perigo sua vida e a de seu filho.

“como el día que había una fiesta y dice mi suegra no vayas, al cabo que no es obligación y además eso no funciona y yo le dije que si voy, porque me gusta, me gusta la plática y los ejercicios, a mí no me fastidia, hasta me quite de la fiesta para ir” (5)

“en la casa me decía mi suegra que esas cosas modernas pueden perjudicar al bebe” (7)

Discussões e enfrentamentos com a sogra são situações comuns e que podem desestimular a mulher. Entretanto, ao descobrir o benefício do preparo, ela busca por alternativas para continuar com a educação.

“en varias ocasiones discutí con mi suegra, ella no estaba de acuerdo, consideraba que eso podía ocasionarle un mal al bebé, además de que me arriesgaba al viajar sola y ella se consideraba responsable de mí, porque mi esposo no estaba, cuando mi esposo regresaba me acusaba y le decía que no me diera dinero para que no pudiera ir, tuve que platicar con mi esposo y le explique que era lo que hacíamos, así es como pude asistir, aun en contra de mi suegra” (9)

Quando a mulher se deixou influenciar pela opinião da família no sentido de não realizar as práticas em casa, não adquiriu, assim, a habilidade para realizá-las. Retomar sua vivência de trabalho de parto e parto permitiu-lhe valorizar a importância e utilidade de tudo o que lhe foi ensinado. Isso representou um grande avanço para a mudança de atitude da mulher. Vejamos a fala:

“...después de todo era verdad todo lo que nos dijeron, todo era útil y yo que no lo creía así, pues mi hermana había tenido parto normal sin asistir a ningún curso, yo pensaba que igual no era necesario, y mas cuando quería practicar en la casa, me decían que iba lastimar al bebe y que por eso después me sentía mal, por eso no practicaba, pensaba que no lo iba a utilizar” (8)

Quando a mulher toma consciência da importância da educação para o parto e de seu papel durante o processo, suas percepções e atitudes incentivam o exercício de sua autonomia em relação a esses processos e cuidados que envolvem a maternidade segura.

5 Considerações finais

Os resultados do presente estudo demonstram os benefícios que a educação para o parto trouxeram para as mulheres que participaram do programa de preparação, proporcionando-lhes segurança para a utilização de recursos no controle da dor e ansiedade, nas diferentes etapas do trabalho de parto, tais como a respiração e o relaxamento, independentemente de tratar-se de parto normal ou cesárea. Estiveram também mais atentas ao que ocorria ao seu redor e colaboraram com a equipe de saúde.

Durante o desenvolvimento da preparação para o parto, prevaleceu um clima de harmonia e compreensão, com troca de experiências, reflexões e questionamentos, possibilitando que as mulheres percebessem a importância de estarem preparadas para o parto e o papel que lhes cabia desempenhar.

No entanto, é importante ressaltar que, embora reconhecendo os efeitos benéficos dessa estratégia educacional, se a prática hospitalar continuar desprovida de humanismo, sem o devido respeito aos direitos e valores culturais, pouco se pode contribuir para uma experiência gratificante do parto.

A obstetrícia contemporânea, em constante desenvolvimento tecnológico, tem dado maior importância à assistência ao parto, reduzindo, ao mínimo, os perigos tanto para a mulher como para o feto. Entretanto, tem relegado, por outro lado, a própria parturiente, esquecendo-se da importância de sua participação ativa em todo o processo, sem uma avaliação das conseqüências psicológicas imediatas e posteriores que possam sobrevir devido ao desconhecimento desse valor. Assim, a educação para o parto surge como uma alternativa para modificar esta situação, atentando para que as reações emocionais da mulher sejam tão consideradas quanto sua condição física. Nesse sentido, o parto deve representar satisfação emocional e segurança, tanto para a mãe como para seu filho.

Segundo Reis e Patrício (2005), a assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida sob a perspectiva de tornar o processo de parto e nascimento em um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém nascido. Dessa forma, promover o parto mais humanizado torna-se um grande desafio contemporâneo; isso não significa retroceder na história, lembrando-nos de como nossas avós e mães tinham seus filhos, mas, sim, de buscar formas de contribuir para que essa experiência, antes tão natural, ocorra em um contexto extra-domiciliar, mas segundo um ritual mais próximo do familiar. Nesse processo de parto e nascimento devem ser integrados os recursos metodológicos e de competência humano-científica, aos

quais a mulher e seu filho têm direito. Há de se considerar ainda que aumentar o conforto e a segurança integral dessa clientela significa promover a saúde da população em geral.

Na busca por contribuir para a maternidade segura, a educação para o parto surge como uma alternativa viável para ser implementada na assistência hospitalar, uma vez que não implica em ônus financeiro. Requer apenas a disponibilidade da equipe de saúde; não interfere na evolução da gestação e prepara a mulher para enfrentar o parto e participar ativamente junto à equipe de saúde.

Esse pensar não está em desacordo com os avanços tecnológicos da obstetrícia moderna, a qual sempre visa uma melhor atenção materno-fetal, principalmente nos casos de complicações, mas confere à mulher lugar de destaque durante o parto.

Concordamos com Bessa (2002), o qual considera que as ações educativas podem contribuir para a construção de um novo paradigma de assistência, capaz de ultrapassar as fronteiras da simples informação. Essa estratégia educativa, ao contrário, não limita a capacidade da mulher, mas favorece a condição de paciente ativa.

A educação é o elemento comum e fundamental de todas as tendências de preparação para o parto, estimulando as potencialidades maternas e permitindo que a mulher esteja consciente durante o trabalho de parto e parto, desde o princípio até o final. Busca ainda que recuperem a capacidade e confiança, retomando os pressupostos de Dick Read, os quais consideram a existência de um círculo vicioso: **dor-temor-tensão**, influenciando o curso normal do trabalho de parto. Entretanto, nessa situação, a educação pode funcionar como um mecanismo de interferência amenizando o temor, e o relaxamento amenizando a tensão.

Para incorporar os conceitos de humanização na assistência à maternidade no México, é necessário diferenciar as práticas que, por suas utilizações incorretas ou indiscriminadas, representam um risco para a saúde materno-infantil, daquelas que asseguram a atenção com qualidade e afetividade, adequando-as ao contexto da mulher, fomentando ou condicionando sua utilização apenas quando forem realmente necessárias.

É importante ainda que esses temas sejam abordados desde o momento de formação do pessoal direcionado para a atenção materno-infantil, flexibilizando,

assim, as diretrizes e normas das instituições hospitalares, de forma a possibilitar uma maior abertura no que se refere aos direitos da mulher.

De toda nossa trajetória para a realização desse estudo, podemos considerar que a educação para o parto pode contribuir para o alcance da maternidade segura; para isso, é fundamental que a mulher seja conscientizada do importante papel que lhe cabe durante todo esse processo.

6 Referências*

ALBUQUERQUE, P. B. Trabalho de parto. In: SPALLICI, M.D.B.; COSTA, M.T.Z.; MELLEIRO, M.M. **Gravidez & nascimento**. São Paulo: Edusp-Editora da Universidade de São Paulo, 2002. Cap. 14, p. 153-163.

ALMEIDA, N. A. M.; SOUSA, J. T.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, N. A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 52-58, janeiro-fevereiro 2005a.

ALMEIDA, N. A. M.; SILVEIRA, N. A., BACHION, M. M., SOUSA, J. T. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 223-228, março-abril 2005b.

ÁLVAREZ, A. R. **Salud pública y medicina preventiva**. 3ª ed. México: Editorial el Manual Moderno, 2002. 472 p.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST (ACOG). Committee on Obstetric. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Practice no. 267. **American Collage of Obstetricians and Gynecologist**, Washington, v. 99, p. 171-173, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.

BATISTA, D. C.; CHIARA, V. L.; GUGELMIN, S. A.; MARTINS, P. D. Actividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 151-158, abril-junho 2003.

BESSA, L. F. **Ação educativa**: uma perspectiva para humanização do parto. 2002. 196 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, Ribeirão Preto, 2002.

BESSA, L. F.; MAMEDE, M. V. As práticas educativas como possibilidade para se promover a humanização do parto. In: BESSA, L. F.; CUNHA, M. A.; FERREIRA, T. F. (Organizadoras). **Saúde da mulher**: desafios a vencer. Rio Branco: EDUFAC, 2004. Cap. 6, p. 149-174.

BRASIL. Ministerio da Saúde. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

*Referências de acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

CAMPECHE. **Plan Estatal de Desarrollo 2003-2009**: Colección Campeche. Campeche: Gobierno del Estado, 2004.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-492, julho-agosto 2002.

CARRERA, D. F. **Parto sin dolor**. Venezuela: Editorial Mc Graw Hill, 2000. 320 p.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, novembro-dezembro 2005.

COMUNICACIÓN E INFORMACION DE LA MUJER (CIMAC). **Pese a programas oficiales, persiste la muerte materna en México**. 2003. Disponible en: <<http://www.cimacnoticias.com/noticias>>. Acceso en: 20 sep 2006.

CONSONNI, E. B.; CALDERON, I. M. P. Repercussões de um programa multidisciplinar de preparo para o parto e maternidade – ansiedade materna e resultados perinatais. **Revista Brasileira de Ginecología e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 205, 2002.

CONTI, M. H. S.; CALDERON, I. M. P.; CONSONNI, E. B.; PREVEDEL, T. T. S. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. **Revista Brasileira de Ginecología e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 647-654, 2003.

COUTO, G. R. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 190-198, março-abril 2006.

DELABRA, S. M. M.; LOPEZ, E. J. T. Preparación para el parto, preocupaciones sobre el parto y ansiedad en el embarazo. **Revista Salud Pública y Nutrición**, Nuevo León, México, n. 4, 2006. Edición Especial (Memorias del concurso y encuentro estatal de salud Nuevo León, 2005). Disponible en: <<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/documentos/saludreproductiva.htm>> Acceso en: 20 sep 2006.

DIAS, M. A. B., DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dezembro 2006.

EJERCICIO durante el embarazo. **Embarazoparto.com**. Disponible en: <<http://www.embarazoparto.com/Article7.html>>. Acceso en: 02 oct 2006.

ESTEVAN, M. C. **Técnicas de relajación.** Disponible en: <http://www.ideasapiens.com/psicologia/clinica/tec_%20nicas_%20d%20relajaci_on.htm>. Acceso en: 02 oct 2006.

FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI). **La atención calificada durante el parto, recomendaciones para políticas.** Nueva York. 2003. Disponible en: <http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/skilled_care/spanish_policy.pdf>. Acceso en: 20 sep 2006.

_____. **Maternidad sin riesgo: para que la salud y los derechos reproductivos de la mujer sean una realidad.** Nueva York. Disponible en: <<http://www.safemotherhod.org/resources/pdf/safemot-sp.pdf>>. Acceso en 20 sep 2006.

FLORENTINO, L. C. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto. In: SPALLICI, M.D.B.; COSTA, M.T.Z.; MELLEIRO, M.M. **Gravidez & nascimento.** São Paulo: Edusp-Editora da Universidade de São Paulo, 2002. Cap.13, p. 141-151.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF). **Maternidad sin riesgos.** México, 2001. Disponible en: <<http://www.unicef.org/mexico/programas/mortalidad.htm>>. Acceso en: 02 oct 2006.

FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA). **El estado de la población mundial 2004.** Nueva York. Disponible en: <<http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch1/index.htm>>. Acceso en: 20 sep 2006.

GAVENSKY, R. V. **Parto sin temor y parto sin dolor.** 17ª ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1987. 184 p.

_____. **Psicoprofilaxis obstétrica.** Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1971. 282 p.

GOTARDO, G. I. B. **A percepção de mulheres sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe: um cenário de bons e maus-tratos.** 2003. 122 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUALDA, D. M. R. O significado do processo de parto no contexto do conceito de saúde reprodutiva. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal.** São Paulo: Icone Editora, 1998. Cap. 2, p. 33-42.

HERNANDEZ, L. B.; TREJO, P. J. A.; DUCOING, D. D.; VÁZQUEZ, E. L.; TOMÉ, S. P. Guía clínica para la atención prenatal. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),** México, v. 41, p. S59-S69, 2003. Suplemento.

HODNETT, E. Apoyo por prestadores de salud para las mujeres durante el nacimiento (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**. Oxford, Update Software Ltd., n.1, 2002. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. Acceso en: 28 sep 2007.

HURTADO, F.; DONAT, F.; ESCRIVÁ, P.; POVEDA, C.; ULL, N. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. **Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace**, Valencia, n. 66, p. 32-45, 2003.

LA RELAJACION progresiva. **Psicología online**. Disponible en: <<http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/progresiva.htm>>. Acceso en: 02 oct 2006.

LAUZON, L.; HODNETT, E. Educación prenatal para el autodiagnóstico del inicio del trabajo de parto activo a término (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, Oxford, Update Software Ltd., n. 3, 2006. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. Acceso en: 20 sep 2006.

MALDONADO, M. T. **Psicología da gravidez**. 17ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1997. 230 p.

MALDONADO, M. T.; NAHOUM, J.C.; DICKSTEIN, J. O pré-natal psicológico. In: _____. **Nós estamos grávidos**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1981. cap. 5, p. 36-39.

MALDONADO, M. T.; NAHOUM, J.C.; DICKSTEIN, J. O pré-natal psicológico. In: _____. **O grande momento: o parto**. 3ª. Edición. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1981. cap. 6, p. 40-53.

MAMEDE, F. V. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto**. 2005. 100 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, Ribeirão Preto, 2005.

MÉNDEZ, G. R. M.; CERVERA, M. M. D. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. **Salud Pública de México**, México, v. 44, n. 2, p. 129-136, marzo-abril 2002.

MATEOS, R. J. La relajación el arte de aflojar y soltar. **Revista de Enfermería ROL**, Barcelona, v. 25, n. 9, p. 23-26, 2002.

MEDICI, A. Mejorar la salud materna en América Latina y el Caribe. In: JARQUE, C. M. (Coordinador del grupo de trabajo). **Los objetivos de desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe, retos, acciones y compromisos**. Washington, D.C: Banco Interamericano de Desarrollo, enero 2004. Cap. 8, p. 122-146. Disponible en: <<http://www.eclac.cl/mdq/docs/IADBPublicDoc.pdf>>. Acceso en: 20 oct 2006.

MEXICO. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). **Anuario Estadístico Campeche**. Campeche: Gobierno del Estado, 2004.

_____. INEGI. **II Censo de población y vivienda 2005**. Resultados definitivos. Consulta interactiva de datos. 2007. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>. Acceso en: 20 sep 2007.

_____. Instituto Nacional de Salud Pública. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 2002. **Revista de Salud Pública**, México, v. 46, n. 1, p. 75-88, enero-febrero 2004.

_____. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. **Diario Oficial de la Federación**, México, 6 de enero 1995.

_____. **Programa de Acción: Arranque parejo en la Vida**. México, 2001.

_____. **Programa Nacional de Salud 2001-2006**. México, 2001.

_____. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud**. México, 1987. 35 p.

_____. Lineamientos de operación del programa IMSS-Oportunidades. **Diario Oficial de la Federación**, México, 8 marzo de 2005.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. 23ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. 80 p.

_____. **O desafio do conhecimento**. 8ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 270p.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!** Ginebra: OMS. 2005. 16 p.

_____. OMS. **Cuidados en el parto normal: una guía práctica**. Ginebra: OMS. 1996. 54 p.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). **Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo, del 5 al 13 de Septiembre de 1994**. Nueva York: ONU. 1995. Disponible en: http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport_icpd_spa.pdf. Acceso: 20 oct 2006.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACION, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO). **Educación para la salud**. Hamburgo, 1997. Disponible en: <http://www.unesco.org/education/uie/confitea/pdf/6b_span.pdf>. Acceso en: 20 sep 2006.

PALACIOS, G. N.; FRENANDEZ, S. R. **Beneficios del ejercicio físico en el embarazo**. 2000. Disponible en: <http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/ejercicio/doc/beneficios_ef_embarazo.htm>. Acceso en: 02 oct 2006.

_____. **Ejercicios gimnásticos durante el embarazo**. 2002. Disponible en: <http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/ejercicios/doc/ejercicio_embarazo.htm>. Acceso en: 02 oct 2006.

PEREZ, M. E. La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar. **Revista del Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá"**, Buenos Aires, v. 15, n. 3, p. 102-106, 1996.

PRAÇA, N. S.; MERIGHI, M. A. B. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: _____. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas**. São Paulo: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. Cap. 1, p. 1-3.

POLDEN, M.; MANTLE, J. Preparação para o parto. In: _____. **Fisioterapia em ginecologia e obstetricia**. 2ª ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2000. Cap. 6, p. 163-221.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Investigación científica en ciencias de la salud**. 6ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2000. 715 p.

RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE PARA LA HUMANIZACION DEL PARTO Y NACIMIENTO (RELACAHUPAN). **Declaración de Ceará**. Fortaleza, 2000. Disponible en: www.relacahupan.org. Acceso en: 20 oct 2007.

REDONDO, E. P. **Introducción a la Educación para la Salud**. Costa Rica, 2004. 28 p. Disponible en: <<http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>>. Acceso en: 20 oct 2006.

REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 221-230, 2005. Suplemento.

RODRIGUEZ, G.G.; GIL, F.J.; GARCIA, J.E. **Metodología de la investigación cualitativa**. 2ª ed. Málaga: Ediciones ALJIBE, 1999. 378 p.

RUTEAGA, R. A. B. Opinión sobre la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger. **Revista Desarrollo Científico de Enfermería**, México, v. 14, n. 8, p. 330-332, septiembre 2006.

SANTANDREU, O. A.; SANS, O. R. Educación maternal y posparto. In: TORRENS, S. R. M.; MARTINEZ, B. C. **Enfermería de la mujer**. Madrid, España: Ediciones Difusión Avances de Enfermería (DAE), 2001. Cap. 9, p.166-176.

SARMIENTO, C. J. M. **Ejercicio durante el embarazo**. 2002. Disponible en: <http://www.gssiweb-sp.com/reflib/refs/160/30_2002_Base-embarazo_ok.cfm?pid=98&CFID=4885884&CFTOKEN=15417911>. Acceso en: 02 oct 2006.

SCHRAMM, W. F.; STOCKBAUER, J. W.; HOFFMAN, H. J. Exercise, employment, other daily activities, and adverse pregnancy outcomes. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 143, n. 3, p. 211-219, february, 1996.

SILVA, M. C. R. **Los métodos psicosomáticos en la educación para la maternidad**. Academia Nacional de Medicina de Colombia. 2003. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/academedecina/academ25363-metodos.htm>. Acceso en: 11 oct 2007.

SIMKIN, P. P.; O'HARA M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York., v. 186, n. 5, p. S131-S159, may 2002. Suplemento.

SOIFER, R. Ansiedades na situação de parto. In: _____. **Psicología da gravidez, parto e puerperio**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. Cap. 2, p. 51-62.

SOTO, L. C. et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**, Santiago, v. 71, n. 2, p. 98-103, 2006.

SPIELBERGER, C. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Disponible en: <http://www.novartis.es/ic3_v2_output/files/64.pdf?;FilePlacementId=69>. Acceso: 22 oct 2006.

STORTI, J. P. L. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. 2004. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2004.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa**. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002. 341 p.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento.** 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e editora, 2002. 322 p.

TEZOQUIPA, I. H. et al. Cuidados prenatales. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**, México, v. 10, n. 3, p. 145-149, 2002.

URUGUAY. Ministerio de Educación y Cultura. **Ley Acompañamiento de la mujer durante su trabajo de parto y parto.** Montevideo, 2001. Disponible en: <http://perinatal.bvsalud.org>. Acceso en: 20 sep 2007.

VELASCO, M. V. La mortalidad materna: un problema vigente hasta nuestros días. **Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**, México, v. 40, n. 3, p. 185-186, 2002.

VELLAY, P. **Parto sem dor.** 7ª ed. São Paulo: Instituição Brasileira de Difusão Cultural (IBRASA), 1993. 272 p.

WIKIPEDIA. La enciclopedia libre (on line). Disponible en: <<http://es.wikipedia.org>>. Acceso en: 20 sep 2007.

Apêndices

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Grupo de estudio)

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en el estudio **“La educación para el parto: una contribución para el alcance de la maternidad sin riesgos”**. La finalidad de este estudio, servirá para proponer nuevas estrategias en la atención de la mujer durante el embarazo y trabajo de parto en los hospitales públicos, siempre que se compruebe que tiene beneficios.

Mi participación consistirá en: asistir a un curso de preparación para el parto, contestar un cuestionario al inicio y al final del curso, y en las primeras horas posteriores al parto, acceder a una entrevista que será grabada para conocer mi experiencia del trabajo de parto.

Fui seleccionada para este estudio por asistir a mi control prenatal y considerarse mi embarazo de bajo riesgo, eso no quiere decir que durante este tiempo este libre de riesgos que pudieran alterar la evolución del embarazo, de suceder así, dejaría de participar en el estudio para solicitar la atención necesaria. También se que mi participación es voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a seguir participando, incluso negarme a responder a la entrevista, sin que eso afecte la atención que estoy recibiendo en la institución de salud.

Se me ha dicho que la información obtenida solo será utilizada para los fines del estudio y podrá ser publicada o presentada con algún objetivo científico más en ningún informe se revelara mi nombre.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y a la persona a quien debo buscar en caso que tenga alguna pregunta a cerca del estudio o sobre mis derechos como participante es a la Profesora Patricia Góngora Rodríguez, en la Calle 20 No. 81 –A, Lerma, Campeche, o al teléfono (981) 812-04-44.

Fecha

Nombre y firma de la participante

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del investigador

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Grupo control)

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en el estudio **“La educación para el parto: una contribución para el alcance de la maternidad sin riesgos”**, la finalidad de este estudio, servirá para proponer nuevas estrategias en la atención de la mujer durante el embarazo y trabajo de parto en los hospitales públicos, siempre que se compruebe que tiene beneficios.

Mi participación es voluntaria y consistirá en responder un cuestionario en este momento, y a las 38 semanas de gestación.

Fui seleccionada para este estudio por asistir a mi control prenatal y considerarse mi embarazo de bajo riesgo, eso no quiere decir que durante este tiempo este libre de riesgos que pudieran alterar la evolución del embarazo, de suceder así, dejaría de participar en el estudio para solicitar la atención necesaria.

Se me ha dicho que la información obtenida solo será utilizada para los fines del estudio y podrá ser publicada o presentada con algún objetivo científico más en ningún informe se revelara mi nombre.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y a la persona a quien debo buscar en caso que tenga alguna pregunta a cerca del estudio o sobre mis derechos como participante es a la Profesora Patricia Góngora Rodríguez, en la Calle 20 No. 81 –A, Lerma, Campeche, o al teléfono (981) 812-04-44.

Fecha

Nombre y firma de la participante

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del investigador

APÊNDICE C- FORMULÁRIO DE DATOS SOCIOECONÔMICOS E OBSTÉTRICOS

CEDULA DE DATOS SOCIOECONOMICOS Y OBSTETRICOS

Nombre: _____

Fecha: _____

EMBARAZO

1. DATOS SOCIOECONOMICOS:

EDAD _____

ESCOLARIDAD

Primaria () completa () incompleta

Secundaria () completa () incompleta

Preparatoria () completa () incompleta

Profesional () completa () incompleta

Analfabeta ()

ESTADO CIVIL

Soltera () Divorciada () Viuda () Casada () Unión libre ()

OCUPACION

Ama de casa () Otra () especificar _____

INGRESO FAMILIAR

Mensual \$ _____

2. DATOS OBSTETRICOS:

2.1. Número de embarazos () Partos () Cesáreas () Abortos ()

2.2. Motivo de las cesáreas _____

2.3. Motivo de los abortos _____

3. EMBARAZO ACTUAL:

3.1. Semanas de gestación _____

3.2. Fecha probable de parto _____

3.3. Padece alguna enfermedad que ponga en riesgo su embarazo actual _____

Especificar _____

AL INICIO DE LA PREPARACION PARA EL PARTO, PARA EL GRUPO DE ESTUDIO:

¿Cómo quisieras que fuera tu parto?

¿Qué información te da tu familia con respecto al parto?

¿Qué expectativas tienes de un curso de preparación para el parto?

PARTO

4. TRABAJO DE PARTO:

4.1. Fecha: _____

4.2. Hora de inicio de trabajo de parto: _____

4.3. Hora de ingreso al hospital: _____

4.4. Dilatación _____ cm y borramiento _____ %

4.5. Hora de nacimiento: _____

4.6. Tipo de parto: _____

4.7. Hora de término del trabajo de parto: _____

5. RUTINAS HOSPITALARIAS:

5.1. Ayuno _____

5.2. Tricotomía _____

5.3. Enema evacuante ____

5.4. Oxitocina _____

5.5. Episiotomía _____

APÊNDICE D- DIÁRIO DE CAMPO**DIARIO DE CAMPO**

Nombre: _____

Semanas de gestación: _____ FPP _____

OBSERVACIONES:

Fecha: _____

No. de sesión: _____

APÊNDICE E- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nombre: _____ Fecha: _____

Observaciones: Las siguientes preguntas fueron realizadas por el investigador con la finalidad de dirigir al sujeto hacia el objetivo del estudio.

- Para usted, ¿qué significó prepararse para el parto?
- Considerando la preparación para el parto, ¿Cuál fue su vivencia durante el trabajo de parto?
- ¿Identificó algún beneficio por haber participado del curso de preparación para el parto?

APÊNDICE F- PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA O PARTO

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL PARTO

Objetivo general:

- Preparar a la mujer para el trabajo de parto y parto.

Objetivos específicos:

- Proporcionar información clara y oportuna sobre el embarazo, parto y puerperio, así como los cuidados del recién nacido.
- Enseñar a la mujer estrategias para el manejo de la ansiedad y el dolor durante el embarazo y trabajo de parto.
- Enseñar rutinas de ejercicio para desarrollar flexibilidad y fuerza muscular.

TIEMPO:

El programa se desarrolló en el transcurso de dos meses y medio. De abril a junio del 2007.

HORARIO:

Se impartió los sábados, en un horario de 15:00 a 19:00 horas aproximadamente.

LUGAR:

Sala de audiovisual del Hospital Rural “Oportunidades”, del IMSS en Hecelchakán, Campeche. Esta sala esta destinada a actividades educativas, cuenta con sillas, equipo audiovisual para las sesiones, aire acondicionado, adecuada

ventilación e iluminación; solo se adicionaron algunas colchonetas y almohadas para la comodidad de las gestantes durante el desarrollo de las técnicas.

ORGANIZACIÓN:

Las actividades estuvieron organizadas de la siguiente forma:

ACTIVIDAD	TIEMPO PROGRAMADO
Dinámica grupal	10 minutos
Acondicionamiento físico	20 minutos
Relajación	10 minutos
Intermedio (para ingerir agua, ir al baño, etc)	10 minutos
Sesión teórica	30-60 minutos
Reflexión final	20 minutos

En ocasiones esta organización fue modificada dependiendo del objetivo de la sesión.

CONTENIDO DEL PROGRAMA:

1. Cambios físicos y psicológicos durante el embarazo.
2. Métodos y recursos para el manejo del dolor (relajación, respiración, etc.).
3. El dolor durante el trabajo de parto.
4. Trabajo de parto.
5. Cesárea y cuidados inmediatos del recién nacido.
6. Procedimientos hospitalarios y visita al área hospitalaria.
7. Puerperio y planificación familiar.
8. Lactancia materna.
9. Clausura.

ACTIVIDAD FÍSICA:

El objetivo de la actividad física fue desarrollar flexibilidad, fuerza muscular (orientada a fortalecer la musculatura pelviana y corregir los cambios posturales producidos por el desplazamiento del centro de gravedad hacia atrás) y aprender a realizar ejercicios respiratorios y relajación. Esta actividad se adaptó a las modificaciones anatómicas y funcionales que experimenta la mujer en el embarazo, a su estado de salud y experiencia previa.

Se consideraron algunas de las recomendaciones propuestas por Sarmiento (2002) para desarrollar el programa de actividad física:

- Adecuado estiramiento y calentamiento de las articulaciones y músculos (5 a 10 minutos).
- Ejercicio por 15 a 30 minutos.
- Enfriamiento, disminuyendo progresivamente la velocidad del ejercicio (5 a 10 minutos).
- Vigilar la intensidad, debido a que la frecuencia cardiaca en reposo se incrementa durante el embarazo y la frecuencia cardiaca máxima se disminuye principalmente durante la fase tardía de éste, el uso de las zonas de frecuencia cardiaca es limitada. Se recomienda no pasar el límite de los 140 latidos por minuto.
- Frecuencia, al menos 3 veces por semana por espacio de 20 minutos. La cantidad de actividad se puede mantener durante el segundo trimestre, con una disminución a actividad mínima a partir de la semana 30 a 32.
- La temperatura corporal no debe exceder los 38° C.

- Informar la presencia de cualquier anomalía como dolor, dificultad respiratoria, mareo, cefalea o náuseas.

Algunos ejercicios sugeridos, fueron obtenidos en la página:
<http://www.embarazoparto.com/Article7.html>.

1 - Sentada con la espalda recta y las piernas dobladas, apoyando planta con planta, sostener los brazos a la altura de los hombros, levantar contrayendo, doblando codos y bajar a la altura de los hombros nuevamente, repetir 8 veces.

2- Acostada boca arriba, levantar los brazos al mismo tiempo que contraes tus músculos abdominales y levantas tus piernas dobladas, este ejercicio también puedes hacerlo tomando con ambas manos tus músculos abdominales una vez contraídos, levantando las piernas dobladas, repetir de 6 a 8 veces.

3 - Sentada con la espalda recta, dobla y contrae los brazos y ciérralos al frente apoyándolos con fuerza, sube y baja los brazos, repite de 6 a 8 veces.

4 - Colócate en cuclillas, manteniendo recta la espalda, de preferencia apoyando los talones en el piso, sin dejar que los pies roten demasiado hacia afuera o adentro, empuja las rodillas con tus brazos para estirar los músculos de la parte inferior del muslo.

5 - De pie con la espalda y piernas rectas y abdominales contraídos, contrae los perineales (músculos alrededor de la vagina) y contar de 1 a 8, bajar lo más que se pueda, abriendo más las piernas relajando los músculos perineales, contando de 8 a 1. Repetir de 4 a 6 veces.

5 - De pie con la espalda recta, piernas abiertas y brazos extendidos, bajar el brazo para tocar el pie del mismo lado que has girado hacia afuera, cambiar al otro lado y repetir cuatro veces de cada lado.

6 - De pie con la espalda recta, piernas abiertas y brazos extendidos, bajar el brazo para tocar el pie del mismo lado que has girado hacia afuera, cambiar al otro lado y repetir cuatro veces de cada lado.

7 - a) Con el abdomen contraído, rodillas separadas, estira la espalda y la cabeza, llevando los brazos hacia adelante estirados. b) Deja caer el peso de los glúteos hacia atrás recargándolos entre los pies, estirando la espalda, descansar la cabeza y los brazos, mantener esa posición por unos segundos, repetir de 4 a 6 veces.

8 - Sentada con la espalda recta, junta las plantas de los pies, haciendo presión sobre las rodillas con las manos, para tratar de tocar la superficie del piso con ellas.

9 - Acostada con la espalda pegada al piso, y una pierna doblada, subir la otra cuando se inspira profundamente llevando el pie en arco, al bajar, contraer los músculos abdominales y expirar. Repetir 8 veces con cada pierna.

10 - Con las palmas y las rodillas apoyadas en el piso sin doblar los codos, extender la columna (como gato erizado), lo máximo posible hacia arriba, por unos segundos y volver a la posición original. Repetir 10 veces.

11 - De pie con las piernas separadas y la espalda recta, bajar abriendo las piernas, ponerse en puntas, bajar en puntas y asentar los pies en el suelo, repetir de 4 a 6 veces.

12 - Apretar firmemente palma contra palma, codos levantados, contraer los pectorales y aflojar; repetir de 8 a 12 veces. Tomar con las manos los antebrazos y levantar los codos a la altura de los hombros, hacer presión, para tensionar los músculos pectorales. Repetir de 12 a 16 veces.

RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN:

El objetivo de la respiración y relajación durante el embarazo fue mejorar el estado general y cubrir los requerimientos de oxígeno materno y fetal, y en el parto, ayudar al útero en el período expulsivo y mantener al feto en buenas condiciones.

Las respiraciones que se utilizan durante las contracciones del parto, según Palacios y Fernández (2002), se basan en soltar el aire (espiración) de forma prolongada y lenta, y pueden ser de dos tipos: abdominales o torácicas.

- Respiración abdominal: inspirar elevando el abdomen y espirar descendándolo lentamente. Repetir 15 veces.
- Respiración torácica: inspirar inflando sólo el tórax y espirar lentamente procurando no movilizar el abdomen. Repetir 15 veces.

Los ejercicios respiratorios para el trabajo de parto descritos por Read, según Gavensky (1971) son de 4 tipos:

1. Respiración profunda. Con la boca abierta, se inspira lentamente para ampliar el tórax al máximo; luego se expira, forzando el final. La velocidad es de 17 a 18 por minuto.
2. Respiración más rápida. De 25 por minuto. De gran ayuda en el parto, coincidiendo con la contracción al final del primer período del parto.
3. Se enseña a contener la respiración para el período expulsivo. Para ello se debe inspirar y contener hasta medio minuto.
4. Cortas respiraciones jadeantes. El ritmo es de 35 a 40 por minuto. Se trata de facilitar la salida final de la cabeza en forma lenta, sin pujar. Se previenen los desgarros perineales.

Para la relajación se empleó la técnica de relajación progresiva de Jacobson, descrita por Estevan (2006). En la relajación progresiva de Jacobson, primero hay que tener conciencia de lo que es la relajación y la tensión, por lo tanto se efectúa una inspiración profunda y se empieza a contraer los músculos, comparando las sensaciones de tensión y relajación.

Posteriormente se le pide a la persona que se ponga cómoda, ya sea acostada o sentada, durante unos minutos, cuando han pasado los minutos y la persona esta tranquila y cómoda, inicia con la relajación de la cara.

La frente: para tensarla hay que tirar de las cejas hacia arriba de manera que se marquen las arrugas. Relajarla dejando que las cejas vuelvan a su posición habitual.

El entrecejo: para tensar hay que intentar que las cejas se junten una contra otra, se deben marcar unas arrugas encima de la nariz. Relajar.

Los ojos: tensarlos apretándolos fuertemente. Relajarlos aflojando la fuerza y dejarlos cerrados.

La nariz: para tensarla se la debe arrugar hacia arriba, destensarla dejando de arrugarla suavemente.

La sonrisa: forzar la sonrisa el máximo posible apretando los labios uno contra el otro al mismo tiempo. Relajar.

La lengua: apretar con fuerza la lengua contra la parte interior de los dientes de la mandíbula superior. Se tensan la lengua, la parte inferior de la boca y los músculos de alrededor de las mandíbulas. Aflojar lentamente.

Mandíbula: apretar con fuerza la mandíbula inferior contra la superior, notando que se tensan los músculos situados por debajo y hacia delante de las orejas. Aflojar.

Los labios: sacar los labios hacia fuera y apretarlos fuertemente el uno contra el otro. Relajar.

El cuello: existen diversos procedimientos, básicamente consiste en estirar los músculos del cuello hacia arriba. Un procedimiento es dejando caer la cabeza hacia delante hasta que la barbilla esté lo más próxima posible al pecho, se tensan especialmente los músculos de la nuca. Para relajar, llevar la cabeza a su posición normal. El otro procedimiento es inclinar la cabeza hacia un lado hasta sentir una tensión en la zona lateral del cuello y después hacia el otro lado. Para relajar volver la cabeza a su posición normal.

Los hombros: subir los hombros hacia arriba con fuerza, intentando tocar las orejas con ellos, mantener la tensión y relajar dejando caer poco a poco los hombros.

Brazos: estirar el brazo hacia delante, cerrar el puño y apretarlo fuertemente, intentar poner todo el brazo rígido. Para aflojar, abrir el puño y dejar caer el brazo suavemente. Después el otro brazo.

Espalda: para tensar, echar el cuerpo hacia delante, doblar los brazos por los codos y tirar de ellos hacia arriba y atrás, no se deben apretar los puños, para relajar volver a la posición original.

Estómago: hay dos maneras. Una es meter el estómago hacia adentro el máximo que se pueda, otra manera más efectiva es apretar los músculos del estómago hacia fuera, de manera que se ponga duro. Para relajar dejar de tensar el estómago.

Parte inferior de la cintura: apretar la parte del cuerpo que está en contacto con la silla, lo más efectivo es apretar la pierna izquierda contra la derecha, desde el trasero hasta la rodilla.

Piernas: estirar la pierna todo lo posible, se ha de notar la tensión en el muslo y en la pantorrilla. El pie se puede poner mirando al frente o tirando de él hacia atrás. Relajar primero el pie y poco a poco soltar la pierna y dejarla que se relaje. Repetir con la otra pierna.

Cuando la persona ya sabe tensar y relajar los músculos se puede pasar al recorrido mental tensión-relajación, que consiste en ir apretando y aflojando sucesivamente todos los grupos musculares, en el caso de que un grupo muscular continúe en tensión, volver a relajarlo, hasta que se sienta el cuerpo totalmente relajado. Es necesario adecuar la técnica a las necesidades particulares de cada persona.

Es importante la enseñanza de la relajación de los músculos del periné, Read (GAVENSKY, 1971) aconseja cerrar el ano con fuerza porque de esta forma el elevador también se pone tenso, mantener y aflojar, después comparar las sensaciones.

La primera exigencia de la relajación es una postura cómoda. En los primeros meses del embarazo es acostada sobre la espalda en un colchón firme, con una almohada debajo del cuello y otra debajo de las rodillas. Al final es más cómoda la posición lateral, en la cual la cabeza se apoya sobre una almohada, el brazo inferior hacia atrás, el superior hacia delante, la pierna superior flexionada y colocada hacia delante de la pierna inferior, también flexionada.

En el momento del parto, la relajación debe ejecutarse a partir de los 4 cm. con cada contracción del período de dilatación, antes no se recomienda porque puede causar fatiga. En el período expulsivo, solo en los intervalos de las contracciones.

Anexos

ANEXO A- DICTAMEN DO COMITE DE ÉTICA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

Mutualismo No. 303 Apdo. Postal 91 Celaya, Gto. ☎/Fax (461) 615 36 48 y 615 36 65

Celaya, Gto., 05 de Mayo de 2006.

MCE. Patricia de la Cruz Góngora Rodríguez
Presente.

Por este conducto, me permito comunicarle que el Comité de Bioética realizó la primer revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado: **"La Experiencia de la relajación durante el trabajo de parto de un grupo de mujeres en la ciudad de Campeche"**, el Comité dictaminó que se **aprueba**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"LA VERDAD OS HARÁ LIBRES"
Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya

MTRA. ROSALINA DÍAZ GUERRERO
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

PSIC. ELISA GUERRERO FERNÁNDEZ
SECRETARIA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

C.c.p. Mtra. María de Lourdes García Campos.-Coordinadora de Investigación FEOC.
C.c.p. Dra. Leticia Cacique Cacique.-Coordinadora del Doctorado de la FEOC.
C.c.p. Archivo.
*cmm.

ANEXO B- INVENTARIO DE ANSIEDADE-ESTADO

INVENTARIO DE ANSIEDAD-ESTADO

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno así mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 4 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
1. Me siento calmada				
2. Me siento segura				
3. Estoy tensa				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómoda				
6. Me siento alterada				
7. Estoy preocupada por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansada				
9. Me siento angustiada				
10. Me siento confortada				
11. Tengo confianza en mí misma				
12. Me siento nerviosa				
13. Estoy desasosegada, intranquila				
14. Me siento muy atada, (como atrapada)				
15. Estoy relajada				
16. Me siento satisfecha				
17. Estoy preocupada				
18. Me siento aturdida y sobreexcitada				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

ANEXO C- INVENTARIO DE ANSIEDADE-TRAÇO

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno así mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 4 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente usted generalmente.

	Casi nunca 1	A veces 2	A Menudo 3	Casi siempre 4
1. Me siento bien				
2. Me canso rápidamente				
3. Siento ganas de llorar				
4. Me gustaría ser feliz como otras				
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
6. Me siento descansada				
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.				
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
10. Soy feliz				
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
12. Me falta confianza en mí misma				
13. Me siento segura				
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
15. Me siento triste				
16. Estoy satisfecha				
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
19. Soy una persona estable				
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agotada				